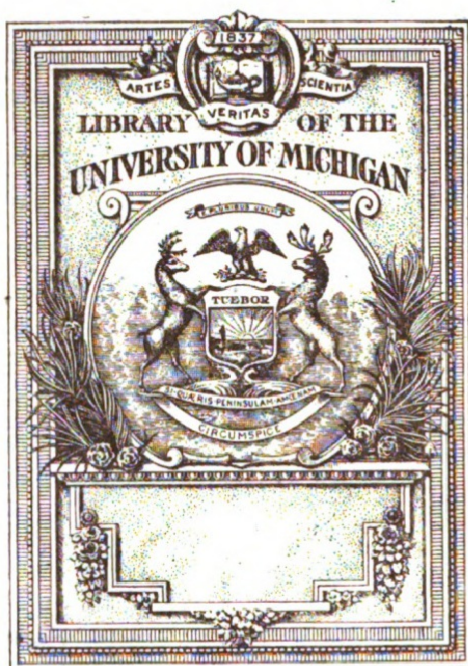

1837
ARTES
VERITAS
SCIENTIA
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
TUEBOR
SI QUAERIS PENINSULAM AMOENAM
CIRCUMSPICE

SCHMIDTS JAHRBÜCHER

DER IN- UND AUSLÄNDISCHEN

GESAMTEN MEDIZIN

HERAUSGEGEBEN VON

Professor Dr. C. BACHEM
IN BONN

JAHRGANG 1919. BAND 329.
(JANUAR BIS JUNI 1919.)



BONN 1919
A. MARCUS & E. WEBERS VERLAG
Dr. jur. ALBERT AHN

86 —

SCHMIDTS
JAHRBÜCHER
DER IN- UND AUSLÄNDISCHEN
GESAMTEN MEDIZIN

HERAUSGEGEBEN UNTER MITWIRKUNG VON

86. JAHRGANG BAND 329 HEFT 1
JANUAR 1919

BONN
A. MARCUS & E. WEBERS VERLAG
Dr. jur. ALBERT AHN

Schmidts Jahrbücher

der

in- und ausländischen gesamten Medizin

86. Jahrgang | Band 329 | Januar 1919

A. Originalabhandlungen und Übersichten.

Die Dermatomykosen.

Von

Professor Dr. **Erhard Riecke**

in Göttingen.

Literaturverzeichnis.

1. Adamson, Spezifische Überempfindlichkeit oder Allergie in Beziehung zu gewissen Eruptionen mikrobischen Ursprungs. Brit. med. Journ. of Derm. Jan.—März 1916. Ref. Derm. Woch. Bd. 64. Nr. 1. S. 23. 1917.

2. Alexander, Zur Therapie der tiefen Trichophytien. Med. Klin. 1918. Nr. 26. S. 639.

3. Arneth, Notiz zur Behandlung der Sycosis barbae parasitaria. Münchn. med. Woch. 1918. Nr. 29. S. 794.

4. Arning, Die Behandlung der Trichophytia barbae mittels Karbolsäureätzungen. D. med. Woch. 1918. N. 25. S. 681.

5. Außerordentliche Kriegstagung der Berliner Dermatologischen Gesellschaft mit Beteiligung der Mitglieder der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft am 26. und 27. März 1918. Ref. Derm. Woch. 1918. Nr. 19. S. 338.

6. Bekämpfung der Bartflechte, Bestimmung des Gouverneurs der Festung Köln. Münchn. med. Woch. 1918. Nr. 23. S. 635.

7. Bessunger, Über epidemisches Auftreten von Trichophyton rosaceum. Derm. Woch. Bd. 65. Nr. 36. S. 859. 1917.

8. Bloch, Bruno, Die allgemein-pathologische Bedeutung der Dermatomykosen. Samml. zwangl. Abhandl. aus d. Geb. d. Derm., Syph. u. Urogenitalapparate. Herausgeg. v. *J. Jadassohn.* Bd. 2. H. 4 u. 5. Halle 1913. C. Marhold.

9. Derselbe, Über einige allgemein pathologische und therapeutische Probleme auf dem Gebiete der Dermatomykosen. Münchn. med. Woch. 1915. Nr. 22 u. 23. S. 737 u. 773.

10. Derselbe, Stoffwechsel und Immunitätsprobleme in der Dermatologie. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte 1917. Nr. 31. S. 993.

11. Bottstein siehe Brinitzer.

12. Brault, Über das Trichophyton luxurians, eine neue Art mit faviformer Kultur, die Kerion hervorruft. Ann. de Derm. et de Syph. Mars 3. 1916. Ref. Derm. Woch. Bd. 64. Nr. 1. S. 20. 1917.

13. Derselbe und Viguier, Die Pilzarten der in Algier beobachteten Mykosen. Ann. de Derm. et de Syph. 1916. Nr. 6. Ref. Derm. Woch. Bd. 64. Nr. 6. S. 140. 1917.

14. Brinitzer und Bottstein, Zur Behandlung der Epidermophytie. Derm. Woch. Bd. 65. Nr. 43. S. 994. 1917.

15. Bruck, Über die Behandlung tiefer Bartflechten mit Trichon. Münchn. med. Woch. 1918. Nr. 13. S. 347.

16. Bruhns, Zur gegenwärtigen Bartflechten-Epidemie. Derm. Woch. Bd. 66. Nr. 15. S. 225. 1918.

17. Buschke, Bekämpfung der Weiterverbreitung der Herpes-tonsurans-Epidemie. Berl. klin. Woch. 1918. Nr. 3. S. 71.

18. Derselbe, Die Trichophytien. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. 1918. 15. Jahrg. Nr. 4.

19. Derselbe, Die Trichophytie-Epidemie und ihre Bekämpfung. Kriegsärztl. Abend, Berlin am 7. Mai 1918. Ref. D. med. Woch. 1918. Nr. 24. S. 669.

20. Derselbe siehe Gemeinsame Sitzung.

21. Derselbe siehe Merkblatt.

22. Castellani, Bemerkungen über eine neue ulzerative Dermatomykose. Brit. med. Journ. 7. Okt. 1916. Ref. Derm. Woch. Bd. 65. Nr. 32. S. 771. 1917.

23. Chable, Über Kerion Celsi und lichenoides Exanthem bei Audouinischer Mikrosporie. Derm. Zeitschr. Bd. 24. H. 1. p. 20. 1917.

24. Chajes, Die Therapie der Bartflechte. Ther. d. Gegenw. 1918. Nr. 4. S. 122.

25. Derselbe, Die Pilzerkrankungen der menschlichen Haut. Med. Klin. 1918. Nr. 13. S. 312.

26. Derselbe, Bartflechtentherapie mittels Sterilin. Med. Klin. 1918. Nr. 22. S. 546.

27. Delbanco siehe Kister.

28. Du Bois, Quelques localisations rares de Teignes de la peau glabre. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte 1917. Jahrg. 47. Nr. 39. S. 1265.

29. Elkan, Über eine Mikrosporieepidemie in München. Inaug.-Diss. München 1917. April.

30. Fabry, Über Erosio interdigitalis blastomyceticosa seu saccharomycetica. Münchn. med. Woch. 1917. Nr. 48.

31. Fischer, Eine in Krankenhäusern epidemisch auftretende Fadenpilzerkrankung der Haut (Eczema marginatum Hebrae). D. med. Woch. 1915. Nr. 48. S. 1422.

32. Derselbe, Das Trichophyton granulosum als Erreger menschlicher Trichophytien. Derm. Woch. Bd. 65. Nr. 29. S. 687. 1917.

33. Derselbe, Der Einfluß des Krieges auf die Dermatomykosen und ihre Pilzflora. D. med. Woch. 1917. Nr. 30. S. 938.

34. Derselbe, Sycosis parasitaria durch ein neues Mikrosporon vom Tiertyp (M. xanthodes). Derm. Woch. Bd. 66. Nr. 16. S. 241. 1918.

35. Derselbe siehe Gemeinsame Sitzung.

36. Fuchs, Abnormes Haarwachstum nach tiefer Trichophytie des Kopfes. Arch. f. Derm. u. Syph. Bd. 121. H. 5. S. 945. 1916.

37. Galewsky, Über das gehäufte Vorkommen von Eczema marginatum in den Lazaretten. Münchn. med. Woch. 1917. Nr. 14. S. 472 (216). Feldbeilage.

38. Derselbe, Zur gegenwärtigen Bartflechtenepidemie. Offener Brief. Derm. Woch. Bd. 66. Nr. 5. S. 79. 1918.

39. Derselbe, Über das gehäufte Auftreten der Trichophytie in Deutschland. Gesellsch. f. Natur- u. Heilk. in Dresden am 10. Nov. 1917. Ref. Münchn. med. Woch. Nr. 17. S. 466. 1918.

40. Gemeinsame Sitzung der Berliner Dermatologischen Gesellschaft der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft und der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten 1918. Ref. Med. Klin. 1918. Nr. 17. S. 431.

40a. v. Graffenried, Beitrag zur Frage der mykotischen Dyshidrosis. Derm. Woch. Bd. 66. Nr. 21. S. 361. 1918.

41. Heim, Hautkrankheiten bei farbigen Rassen. Derm. Woch. Bd. 66. Nr. 17. S. 257. 1918.

42. Heller, J., Erfahrungen mit der medikamentös-chirurgischen Behandlung der Trichophytie. Med. Klin. 1918. Nr. 16. S. 388.

43. Hoffmann, E., Hartnäckige Pilzerkrankung der Interdigitalräume (interdigitale Dermatomykose) mit familiärer Übertragung. D. med. Woch. 1916. Nr. 51. S. 1579.

44. Derselbe siehe Merkblatt.

45. Jadassohn, Die Trichophytien. Schlesische Gesellschaft für vaterländ. Kultur am 8. März 1918. Ref. Med. Klin. 1918. Nr. 16. S. 403.

46. Derselbe, Über die Trichophytien (Allgemein-Pathologisches und Klinisches). Berl. klin. Woch. 1918. Nr. 21. S. 489.

47. Jessner, Bartflechten und Flechten im Barte. 3. Aufl. Würzburg 1918. Kabitsch.

48. Kanngießer, Die durch Pilze verursachten Hautkrankheiten. Urol. and cutan. rev. Sept. 1915. — Ref. Arch. f. Derm. u. Syph. Bd. 125. H. 1. S. 117. 1918.

48a. Kaufmann-Wolf, Über Pilzerkrankungen der Hände und Füße. Derm. Zeitschr. Bd. 21. H. 5. S. 385. 1914.

49. Dieselbe, Zur Klassifizierung einiger Dermatomykosen. Derm. Zeitschr. Bd. 22. H. 8. S. 441. 1915.

50. Dieselbe, Über die Bestimmung pathogener Hyphomyzeten (unter besonderer Berücksichtigung der Berliner Pilzflora). Arch. f. Derm. u. Syph. Bd. 121. H. 4. S. 684. 1917.

51. Kehrer, Über Erythrasma vulvae. Zentralblatt f. Gyn. 1917. Nr. 37.

52. Kerl, Dermatomykosen (Dem.). K. k. Gesellschaft der Ärzte zu Wien. 22. April 1917. Ref. Münchn. med. Woch. 1917. Nr. 22. S. 720.

53. Kister, Trichophytie und Papiergeldscheine. Ärztlicher Verein in Hamburg. 28. Mai 1918. Ref. Münchn. med. Woch. 1918. Nr. 24. S. 660.

54. Kister und Delbanco, Zur Frage der Verbreitung der Trichophytie. D. med. Woch. 1918. Nr. 25. S. 680.

55. Klingmüller, Über Behandlung von Entzündungen und Eiterungen durch Terpentineinspritzungen. D. med. Woch. 1917. Nr. 41. S. 1294.

56. Derselbe, Über die Wirkungen von Terpentineinspritzungen auf Eiterungen und Entzündungen. Münchn. med. Woch. 1918. Nr. 33. S. 896.

57. Lehmann, Zur Frage der Bartflechte. D. med. Woch. 1918. Nr. 17. S. 468.

58. Lewandowsky, Über Kerion Celsi, verursacht durch Mikrosporon Audouini, nebst Bemerkungen über die in Hamburg vorkommenden Mikrosporon- und Trichophytonarten. Arch. f. Derm. u. Syph. Bd. 121. H. 3. S. 531. 1915.

59. Loeb, Leukogen (Höchst), ein Spezifikum gegen Sycosis parasitaria profunda, und weitere Erfahrungen über Leukogen. Derm. Woch. Bd. 66. Nr. 22. S. 377. 1918.

60. Lutz, Über Allergie bei Hauterkrankungen. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte 1917. 47. Jahrg. Nr. 48. S. 1601.

61. Merkblatt siehe Plaut.

62. Merkblatt für Friseure, entworfen von Prof. *E. Hoffmann.*

63. Merkblatt für Ärzte, entworfen von Prof. *E. Hoffmann.*

64. Merkblatt für Ärzte über Pilzerkrankungen der Haut. (Nach den Angaben von Prof. *Buschke* und *Plaut*).

65. Mackee und Remer, Röntgenbehandlung der Trichophytie der Kopfhaut. New York med. Record 7. Aug. 1915. Ref. Derm. Woch. Bd. 65. Nr. 31. S. 744. 1917.

66. Meirowsky, Vorschläge zur Bekämpfung der Bartflechtenepidemie. Münchn. med. Woch. 1918. Nr. 19. S. 511.

67. Mense, Zur Zunahme der Hautpilzerkrankungen beim Menschen und Vieh. Derm. Woch. Bd. 66. Nr. 17. S. 282. 1918.

68. Meyer, Wie sollen Bartflechten behandelt werden? Ther. d. Gegenw. 1918. Nr. 4. S. 150.

69. Meyer, Die Strahlenbehandlung der Trichophytien des Bartes. Münchn. med. Woch. 1918. Nr. 22. S. 592.

70. Miescher, Die Trichophytinreaktion im Blute. Derm. Woch. Bd. 61. S. 1011. 1915.

71. Derselbe, Über einen Fall von Mycetoma pedis nostras, verursacht durch eine neue pathogene Streptothrix, nebst Bemerkungen zur Systematik der Trichomyzeten. Arch. f. Derm. u. Syph. Bd. 124. H. 2. S. 297. 1917.

72. Mitchell siehe Ormsby.

73. Müller, E. F., Pathologie und Therapie der Bartflechte. Ther. d. Gegenw. 1918. Nr. 6. S. 202.

74. Müller, F. X., Die Behandlung der Trichophytia superficialis et profunda mit Terpentineinspritzungen. Münchn. med. Woch. 1918. Nr. 26. S. 697.

75. Muijs, Endomyces albicans, als Ursache einer Epidermomycosis inguinalis. Derm. Woch. Bd. 66. Nr. 5. S. 65. 1918.

76. Ormsby und Mitchell, Herpes tonsurans der Hände und Füße. Amer. med. Journ. Assoc. 2. Nov. 1916. Ref. Derm. Woch. Bd. 65. Nr. 31. S. 743. 1917.

77. Oxenius, Über Rasierstubenhygiene. Vierteljahrsschr. f. ger. Med. u. öff. Sanitätsw. 51. Ref. Derm. Zentralbl. 1918. Nr. 8. S. 119.

78. Pedersen, Ausgebreitetes Eczema marginatum nach Behandlung mit feuchten Umschlägen. Ugeskr. f. Laeger. 1916. Nr. 27. Ref. Derm. Woch. Bd. 65. Nr. 30. S. 725. 1917.

79. Derselbe, Über die sogenannten sekundären lichenoiden Trichophytien. Hospitalstid. 1916. H. 20. Ref. Derm. Woch. Bd. 65. Nr. 31. S. 744. 1917.

80. Derselbe, Ein Beitrag zum Studium der sekundären Trichophytide. Derm. Zeitschr. Bd. 24. H. 12. S. 731. 1917.

81. Philip, Zur Bekämpfung der Bartflechten. Derm. Woch. Bd. 66. Nr. 17. S. 283. 1918.

82. Pinkus, F., Dermatomykosen. Sammelreferat. Med. Klin. 1918. Nr. 37. S. 999.
83. Plaut, Die geographische Verbreitung der Hautpilze und ihre Bedeutung für Hamburger Gebiet. Derm. Woch. 1914. Erg.-H. zu Bd. 58. S. 70.
84. Derselbe, Über Kriegsmykosen. Ärztlicher Verein Hamburg am 6. Nov. 1917. Ref. Med. Klin. 1918. Nr. 9. S. 224.
85. Derselbe, Zur Bekämpfung und Verhütung der Bartflechte und Trichophytie. D. med. Woch. 1918. Nr. 9. S. 240. (Merkblatt.)
86. Derselbe, Sycosis parasitaria. Ärztlicher Verein in Hamburg am 11. Juni 1918. Ref. Münchn. med. Woch. 1918. Nr. 27. S. 744.
87. Derselbe, Bemerkungen zu der Lehmannschen Arbeit. D. med. Woch. 1918. Nr. 17. S. 468.
88. Prytek, Zur Kenntnis der Immunität nach Trichophytieinfektionen. Arch. f. Derm. u. Syph. Bd. 113. S. 821. 1912.
89. Rasch, Sekundäre lichenoide Trichophytie (Lichen spinulosus trichophyticus) bei Kerion Celsi. Brit. med. Journ. of Derm. Bd. 28. 1916. Ref. Derm. Zeitschr. Bd. 25. H. 4. S. 265. 1918; Derm. Woch. Bd. 64. H. 1. S. 22. 1918.
90. Remer siehe Mackee.
91. Reynier, Eine Mikrosporieepidemie bei Schulkindern. Rev. méd. Suisse vom 20. Okt. 1916. Ref. Derm. Woch. Bd. 65. Nr. 31. S. 743. 1917.
92. Richter, Kalipermangan-Behandlung der Bartflechte. Derm. Woch. Bd. 66. Nr. 7. S. 105. 1918.
93. Derselbe, Zur Behandlung der Bartflechte. Derm. Woch. Bd. 66. Nr. 24. S. 413. 1918.
94. Rosenbach, Zur Rolle des Trichophytonpilzes bei Tuberkulin „Rosenbach". Zeitschr. f. Tuberk. Bd. 27. H. 1. S. 80. 1917.
95. Saalfeld, Zur Bekämpfung der Weiterverbreitung der Herpes-tonsurans-Epidemie. Berl. klin. Woch. 1917. Nr. 52. S. 1239.
96. Sachs, Zur Trockenbehandlung der Trichophytia profunda mit der fettlosen Salbe Lotional. Berl. klin. Woch. 1918. Nr. 32. S. 761.
97. Saeves, Experimentelle Beiträge zur Dermatomykosenlehre. Arch. f. Derm. u. Syph. Bd. 121. H. 2. S. 161. 1915.
98. Salinger, Behandlung des Herpes-tonsurans. Klin.-ther. Woch. 1916. Nr. 25 u. 26. Ref. Derm. Woch. Bd. 65. Nr. 31. S. 743. 1917.
99. Schellenberg, Über das gehäufte Auftreten von Eczema marginatum (Epidermophytie) in Lazaretten und bei der Truppe. Münchn. med. Woch. (Feldbeil.) 1917. Nr. 21. S. 702 (334).
100. Scholtz, Über die diagnostische und therapeutische Anwendung des Trichophytin Höchst. Münchn. med. Woch. 1918. Nr. 19. S. 509.
101. Schramek, Befunde bei Pilzerkrankungen der Hände und Füße. Arch. f. Derm. u. Syph. Bd. 121. H. 4. S. 630. 1915.
102. Schütz, Beitrag zur Therapie und Prophylaxe der Trichophytie. Münchn. med. Woch. 1918. Nr. 22. S. 593.
103. Sozialer Ausschuß des ärztlichen Bezirksvereins von Nürnberg. 18. Juni 1918. Bekämpfung der Bartflechtenepidemie. Münchn. med. Woch. 1918. Nr. 13. S. 860.
104. Strickler, Blutzählungen bei parasitären Hauterkrankungen und ihre möglicherweise vorhandene Bedeutung. Journ. of cut. dis. Oct. 1916. S. 752. Ref. Derm. Zeitschr. Bd. 24. H. 4. S. 246. 1917.
105. Sutter, Weitere Beiträge zur Lehre von der Immunität und der Überempfindlichkeit bei Trichophytieerkrankungen. Derm. Zeitschr. Bd. 24. H. 2. S. 65. 1917.
106. Tamm, Dem. Sycosis. Ärztlicher Verein in Hamburg am 16. Jan. 1917. Ref. Münchn. med. Woch. 1917. Nr. 5. S. 152.
107. Unna, jun., P., Zur Trichophytiefrage. Derm. Woch. Bd. 66. Nr. 19. S. 335. 1918.
108. Über Trichophytiebekämpfung, Kriegsärztlicher Abend in Berlin am 5. Mai 1918. Münchn. med. Woch. 1918. Nr. 23. S. 627.
109. Vignolo-Lutati, Beitrag zum Studium der familiären Nageltrichophytie. Onychomycosis durch Trichophyton effractum und Trich. plicatile. Giorn. ital. de mal. ven. ed pelle April 1917. Ref. Derm. Woch. Bd. 65. Nr. 43. S. 998. 1917.
109a. Viguier siehe Brault.
110. Werdisheim, Zur Übertragbarkeit der Trichophytie. Kl. Mitteil. Münchn. med. Woch. 1918. Nr. 28. S. 775.
111. Windell, Trichophytosis cruris inguinalis. Urol. and cutan. rev. Juni 1914. S. 10. Ref. Arch. f. Derm. u. Syph. Bd. 125. H. 1. S. 111. 1918.
122. v. Zumbusch, Mikrosporie. Derm. Ärztl. Verein München 10. Jan. 1917. Ref. Münchn. med. Woch. 1917. Nr. 28. S. 916.
113. Zweig, Zur Prophylaxe der Bartflechte. Med. Klin. 1918. Nr. 38. S. 939.

Übersichtswerke:

114. Plaut, H. C., Dermatomykosen. Handb. d. Hautkrankh., herausgeg. von *Mraček*. Wien 1906 u. 1907.
115. Derselbe, Hyphenpilze oder Eumyzeten. Handb. d. pathol. Mikroorganismen, herausgeg. von *Kolle-Wassermann*. 2. Aufl. Bd. 5. S. 1. 1913.
116. Sabouraud, Les Teignes. Paris 1910. Masson et Co.

I. Systematik und Epidemiologie.

Die moderne Lehre der Dermatomykosen gründet sich auf die bedeutsamen Forschungsergebnisse Sabourauds (116), welcher namentlich durch zielbewußte Systematisierung seiner Züchtungsversuche die weitgehende Mannigfaltigkeit der jene Erkrankungen verursachenden Pilzflora aufdeckte. Das pathologische Geschehen, die Wechselwirkung zwischen Pilz und Wirt auf breiter biologischer Grundlage erschlossen zu haben, ist alsdann in erster Linie das Verdienst von Bruno Bloch (8). Verdienstvolle Arbeit, namentlich in morphologischer Beziehung, hat auch Plaut (114) geleistet. Auch zahlreiche andere Forscher haben in den letzten Jahren manchen wertvollen Beitrag zur Ausgestaltung der Dermatomykosenlehre geliefert.

Wir wissen nun, daß die Dermatomykosen nicht jene einfachen lokalen Hautleiden sind, hervorgerufen in ihren drei oder vier klinischen Bildern durch die entsprechend drei oder vier verschiedenen Pilzeinheiten, sondern der Beweis ist erbracht, daß einerseits die Zahl der Hautmykosen eine wesentlich höhere ist, daß den verschiedenen klinischen Äußerungen der Haut auf die Pilzinvasion reichlich verschiedenartige Pilzspezies zugrunde liegen und daß eine Pilzansiedelung an einer beliebigen Stelle der Haut nicht lediglich mit einer lokalen Hautreaktion daselbst beantwortet wird, sondern daß, — um mit B. Bloch (9) zu reden, der ganze Körperhaushalt, vor allem sein immunisatorischer Apparat, in Mitleidenschaft gezogen wird.

Die *Einteilung der Dermatomykosen* unter Zugrundelegung der *klinischen Erscheinungen* hat sich — wenigstens zurzeit — als unhaltbar erwiesen, um so mehr, als fast andauernd auch heute noch neue Pilzkrankheiten beschrieben werden, deren Auftreten mit der Völkervermischung, die der Weltkrieg mit sich bringt, noch lebhafter sich gestalten wird; jedenfalls sind nachweislich in Deutschland jetzt zahlreiche Pilze in ihrer Pathogenität merkbar geworden, die vor dem Kriege nur aus der ausländischen Literatur uns bekannt waren; es treten daher vielfach neue klinische Bilder dieser Erkrankungen zutage.

W. Fischer (33) hat namentlich den Einfluß des Krieges auf die Dermatomykosen betont. Im Jahre 1914 stellte dieser Autor in *Berlin* fest, daß das *Trichophyton cerebriforme* in 80% oberflächliche und tiefe Krankheitsformen verursachte; *Trichophyton gypseum asteroides* wurde in 10% nachgewiesen; Mäusefavus und Trichophyton violaceum kamen nur ganz gelegentlich vor. Im Jahre 1917 dagegen ergab sich bei den in *Berlin* zur Behandlung kommenden Soldaten dem Autor folgendes Verhältnis: es fanden sich

1) Trichophyton cerebriforme in 80 Fällen, davon 40 in Berlin inficiert,
2) „ gypseum asteroides in 6 Fällen, davon 6 in Berlin inficiert,
3) „ gypseum granulosum in 14 Fällen,
4) „ rosaceum in 7 Fällen, davon 2 in Berlin inficiert,
5) „ equinum in 2 Fällen,
6) „ violaceum in 1 Fall, in Berlin inficiert,
7) Faviformer Typ in 2 Fällen,
8) Mikrosporon novum in 1 Fall,
9) Favus in 1 Fall (aus Saarbrücken).

Das *Trichophyton gypseum granulosum,* ein Vertreter der ektosporen mikroiden Trichophytiegruppe, erschien in Berlin zum ersten Male im Oktober 1915. Davon ging eine kleine Epidemie einer akuten pustulösen Körpertrichophytie aus, deren Übertragung wohl an Brust- und Leibumschläge, wollene Decken und Bettzeug gebunden war. Schnelles Eindringen in die Haarfollikel, daher große eitrige Granulationsgeschwülste im Bart.

Vermutlich durch Urlauber von Belgien und Nordfrankreich eingeschleppt, ruft schwere und tiefe Barttrichophytien das *Trichophyton rosaceum* hervor, welches früher namentlich in den Niederlanden (in Amsterdam unter 63 Fällen von Bartflechte 56mal nachgewiesen) heimisch war. *Trichophyton equinum* geht aus Pferdelazaretten hervor; auch das faviform wachsende Trichophyton gehört dem Tiertypus zu (Rind und Schwein).

So zeigt sich, daß durch das Militär neue Krankheitserreger eingeschleppt werden und somit eine Änderung der Pilzflora in Deutschland zu erwarten ist.

Die Systematik der pathogenen Hautpilze entbehrt noch der Abgeschlossenheit. Man kann mit B. Bloch (8) unterscheiden: a) die *Favus*gruppe mit dem Menschentypus und dem Tiertypus; b) die *Trichophytie*gruppe mit dem Menschentypus (= Endothrixform) und dem Tiertypus (= Ektothrixform), zum Tiertypus gehören auch die mikroiden Formen; c) die *Mikrosporon*gruppe ebenfalls mit Menschen- und Tiertypus; d) die *Sporotrichose* und seltenere Mykosen. Eine Sonderstellung erheischt das *Eczema marginatum* mit dem Epidermophyton inguinale als Erreger.

Unter Zugrundelegung der von Plaut angegebenen Zusammenstellung stellt Chajes (25) folgende Übersicht auf: I. Mikrosporongruppe *menschlichen* Ursprungs (Microsp. Audouini) und *tierischen* Ursprungs (Mikrosp. caninum seu lanosum und Microsp. equi). II. Trichophytongruppe *menschlichen* Ursprungs, d. h. Endothrixarten: Tr. crateriforme, acuminatum, violaceum und *tierischen* Ursprungs, d. h. Ektothrixarten: Tr. gypseum (mit 8 Unterarten), Tr. felineum I (Tr. radians und denticulatum), Tr. felineum II und faviforme Trichophytien.

Plaut (83) hält das *Hamburger* Gebiet für besonders reich an Dermatomykosen. Nach seinen Erfahrungen ist die *Mikrosporie* die *häufigste* Form, und zwar häufiger ein Pilz zwischen Microsp. lanosum und Audouini stehend als der echte Microsporon Audouini.

Trichophytien entstehen meist durch *Trichophyton cerebriforme;* Kerion und Sykosis verdanken dem *Trich. gypseum asteroides* und *granulosum* ihre Entstehung. Häufig kommt auch das *Epidermophyton inguinale* vor; eine monatelange Schulepidemie entstand durch einen *krateriformen* Stamm.

Favus humanus kam unter einheimischen Hamburgern nicht zur Beobachtung, wohl aber das *Achorion Quinckeanum.* Gelegentlich fand Plaut das *Trichophyton denticulatum* und *equinum.*

Übrigens stehen diese Zahlen von Chajes (25) und Plaut (83) in einer annähernden Übereinstimmung mit den Befunden von Lewandowsky (58) in Hamburg. Dieser Autor berichtet über 208 Fälle von Dermatomykosen, von denen 33,5% = 70 Fälle *Mikrosporien* darstellten. *Trichophyton violaceum* beobachtete er 4mal, darunter 2mal bei russischen Juden. Als verbreitetsten Pilz konnte er das *Trich. cerebriforme* feststellen, welches in über 70% der Trichophytie-Erkrankungen sich nachweisen ließ. Das *Trichophyton gypseum asteroides* konnte Lewandowsky in 7 Fällen züchten und erlebte eine Spontaninfektion bei einem Meerschweinchen. Ferner wurde von ihm in 9 Fällen das *Trichophyton faviforme* gefunden, welches oft erst im Brutschrank sich entwickelt; 3mal kam *Trichophyton niveum* vor, 1mal das *Trichophyton rosaceum* und ebenso in der Einzahl das *Trichophyton vinosum.* Wenn die *Epidermophytie* mit nur 20 klinisch, mikroskopisch und kulturell untersuchten Fällen angegeben wird, so war doch tatsächlich die Zahl der beobachteten Krankheitsfälle dieser vielverbreiteten Mykose weit größer. Vom *Favus des Menschen* wurden in 6 Jahren 4 Fälle bei Zugereisten gesehen, *Mäusefavus* kam öfters vor. Mithin können als die häufigsten pathogenen Pilze für Hamburg das *Trichophyton cerebriforme,* das *Epidermophyton inguinale* und das *Microsporon Audouini* gelten.

Vor Lewandowsky noch berichtete Marie Kaufmann-Wolf (50) über die Berliner Pilzflora unter Zugrundelegung des Materials der Berliner Universitäts-Poliklinik.

Unter 100 kulturell untersuchten Krankheitsfällen fanden sich 27mal das *Trich. cerebriforme, 22mal interdigitale Soormykose,* 13mal *Trich. gypseum,* 11mal *Trich. equinumähnlicher* Pilz, 10mal *Achorion Schönleini,* 7mal *Epidermophyton inguinale,* 3mal *Trich. violaceum,* 2mal *Microsporon Hamburg,* 2mal *Trich. regulare,* 1mal *Microsporon lanosum,* 1mal *Achorion Quinckeanum* und 1mal *Achorion gypseum.*

Auch hier ergibt sich mancherlei Übereinstimmung mit den Befunden der beiden eben genannten Autoren, speziell in dem überwiegenden Vorherrschen des Trich. cerebriforme.

Meirowsky (66) berichtet aus *Köln,* daß dort im Jahre 1916 die Zahl der Trichophytien sich auf 311 belief, im Jahre 1917 auf 1429. Am 31. Januar 1918 wurden insgesamt 845 Patienten behandelt, von denen 437 an Bartflechte und 35 an Epidermophytie litten.

Jedenfalls steht jetzt, wie auch Buschke (5) auf der außerordentlichen Kriegstagung der Dermatologen in Berlin betonte, wohl allgemein in Deutschland das *Trichophyton cerebriforme* hinsichtlich der Häufigkeit des Vorkommens an der Spitze; auch das *Trich. granulosum* und *Trich. rosaceum* kommen nicht selten vor, von denen ersichtlich ist, daß sie aus dem Westen eingeschleppt sind. Zweifellos hat sich dann das *Eczema marginatum* überall weit verbreitet, dessen Erreger, das *Epidermophyton inguinale,* von Sabouraud 1907 einwandsfrei festgestellt wurde.

Nachdem Fischer (31) bereits 1915 darauf aufmerksam gemacht hatte, betonte Galewsky (37) von neuem das schnelle Ausbreiten dieser Dermatose, insbesondere in Lazaretten, die langsame Abheilung und die Möglichkeit der Rückfälle. Auch in den Lungenheilstätten, in denen sonst das Leiden selten war, werden jetzt gehäufte Erkrankungen gesehen,

wie aus der Mitteilung von G. Schellenberg (99) hervorgeht.

Bruhns (16) hat in 73 Fällen, die größtenteils aus den Lazaretten Groß-Berlins stammten, 12mal das *Epidermophyton inguinale* gefunden, wobei aber zu bemerken ist, daß die gewöhnlichen typischen Fälle von Eczema marginatum nur in geringer Zahl abgeimpft wurden. In 37 Fällen fand dieser Autor das *Trichophyton cerebriforme*, welches 13mal aus Berlin stammte; in 24 Fällen wurde das *Trich. gypseum asteroides* gefunden, wovon 14mal die Infektion in Groß-Berlin stattgefunden hatte. Die *Epidermophytie*-Erkrankungen stammten insgesamt aus Deutschland, 6 davon aus Berlin. Auch Bruhns weiß von Lazarettepidemien durch Epidermophyton inguinale zu berichten.

Über epidemisches Auftreten von *Trichophyton rosaceum* — in etwa 6—11 Fällen, berichtet A. Bessunger (7) aus Elberfeld, allerdings wurde von Plaut der Erreger als dem Trich. acuminatum nahestehend erachtet. W. Fischer (32) hat dann neben dem *Trichophyton rosaceum* das *Trichophyton gypseum granulosum* an zwei aus Nordfrankreich kommenden Soldaten gefunden und im ganzen 22 Fälle davon beobachtet. Als neuer Typ findet von Fischer (32) auch das *Trich. equinum* Erwähnung.

Über *Mikrosporie*-Erkrankungen wird hier und da berichtet, so demonstrierte v. Zumbusch (112) 2 Fälle, hervorgerufen durch *Microsporon Audouini*. C. Elkan (29) bearbeitet die *Mikrosporieepidemie in München* in einer Dissertation. W. Fischer (34) konnte bei einer unter dem Bilde der *Sycosis parasitaria* verlaufenden *Mikrosporie* einen neuen animalen Typ feststellen, welcher in Form einer sehr üppigen, sandgelben, stumpfflächenhaften Kultur mit radiär angeordneter Strahlenbildung wuchs. Die massenhaft vorhandenen endständigen Spindelsporen ergaben die Zugehörigkeit des vom Autor *„Microsporon xanthodes“* benannten Pilzes zu den tierischen Mikrosporen.

Nachdem bereits 1914 M. Kaufmann-Wolf (48a) bei *Dysidrosis* außer dem Epidermophyton inguinale, dem Microsporon lanosum, dem Achorion Quinckeanum bei 25 Fällen 17mal einen neuen Pilz nachweisen konnte, welcher anscheinend dem *Trichophyton equinum* nahesteht, und Schramek (101) in einer größeren Beobachtungsreihe bei Dysidrosis (55 Fälle) ebenfalls den aufgefundenen Pilz als einen nahen Verwandten des *Trichophyton equinum* auffaßt, hat von Graffenried (40a) ebenfalls in 2 Fällen diesen Pilz bei analogen klinischen Bildern gefunden und seine Pathogenität sowie seine Zugehörigkeit zur Trichophytongruppe erwiesen.

Hier sei die Mitteilung von M. Kaufmann-Wolf (49) erwähnt, eine *interdigitale Mykose* betreffend, welche in der Zwischenfalte des 3. Interdigitalraumes regelmäßig mit Bläschenbildung auf gesunder Haut beginnt; die nachgewiesenen Pilze werden der *Soorpilzgruppe* zugezählt. Ebenfalls dieser Gruppe, und zwar dem *Genus endomyces* zugehörig, wird ein Pilz erachtet, welchen in einer Anzahl von Fällen einer *Epidermomycosis inguinalis* Muijs (75) in Amsterdam nachwies. J. Fabry (30) sah weiterhin 10 Fälle einer solchen Erkrankung, bei der 8mal ein positiver Hefebefund erhoben werden konnte und für die er die Bezeichnung *Erosio interdigitalis blastomycetica* wählt; im engeren Sinne handelte es sich um eine Saccharomykosis. Auch E. Hoffmann (43) beobachtete 4 Fälle einschlägiger Art, von denen drei in einer Familie vorkamen. Was Heim (41) über Pilzerkrankungen bei farbigen Rassen im deutschen Schutzgebiet zu berichten weiß, bietet epidemiologisch nichts Neues.

Auch im Ausland lernt man natürlich neue Arten von Mykosen der Haut kennen, vermutlich wird bei dem bunten Völkergemisch der Ententeheere und insbesondere bei den Franzosen als Wirten eine reiche Mannigfaltigkeit der Pilzflora sich ergeben. Brault (12) berichtet über ein *Trichophyton luxurians* als eine neue Art mit faviformer Kultur, die Kerion hervorruft. Brault (13) hat zusammen mit Viguier (13) im Spital von Mustapha in Algier eine größere Anzahl von Dermatomykosen untersucht und neben bekannten Formen (Trich. acuminatum, Trich. crateriforme, Trich. cerebriforme, Trich. granulosum, Epidermophyton, Achorion Schönleini und Mikrosporien) auch einige neue Spezies faviformer Natur nachweisen können. Über *familiäre Onychomykose* durch Trichophyton effractum und plicatile macht Vignolo-Lutati (102) unter zusammenfassender Literaturbesprechung Mitteilung.

II. Klinik.

Das erhöhte Interesse, das man der Dermatomykosenlehre im letzten Jahrzehnt entgegengebracht hat, hat zur Feststellung zahlreicher verschiedener pathogener Hautpilze geführt. Es ist klar, daß mit der zunehmenden Kenntnis bis dahin unbekannter — oder doch wenigstens undifferenzierter Erreger *eine Erweiterung der klinischen Erfahrungen* Hand in Hand gehen mußte. Nachdem eine durchgreifende Trennung der Pilze in einen *humanen* und einen *animalen* Typus erfolgt war, ergaben sich daraus von Bloch (8) scharf betonte klinische Unterscheidungsmerkmale: bei der *ersteren* Art hohe Ansteckungsgefahr und demgemäß weitgehende Verbreitung der Leiden, vorzugsweise Befallensein jugendlicher Individuen, bei diesen lange Erkrankungsdauer und endlich sehr geringfügige oder fehlende Zeichen begleitender Entzündungsvorgänge; bei der *zweiten* Art, dem *Tiertypus*, geringere Übertragungsfähigkeit, mehr vereinzelte und umschriebene kleine Verbreitungsbezirke der Erkrankungen, Kinder wie Erwachsene werden befallen, Übertragung von Tieren auf die Menschen, schnellerer Ablauf der Erscheinungen, welche oft mit Entzündung schwerster Art einhergehen, jedenfalls stets mit sichtlich lebhafter entzündlicher Reaktion verbunden sind.

Die während des Krieges zweifellos erfolgte weitgehende Zunahme der Dermatomykosen hat gleichfalls zur Folge, daß *klinische Bilder* bekannt werden, die man bislang nicht kannte.

Die an sich verhältnismäßig einfache Symptomatologie des *Favus* hat keine wesentliche Ergänzung gefunden, nachdem durch Blochs Untersuchungen auch hier der humane Typ als Krankheit der noch nicht mannbaren Jugend besonders festgelegt war; daß beim Erwachsenen Favus der Körperhaut spontan und durch Impfung auftritt, ist durch Bloch (8) erneut bestätigt worden. Für den Körperfavus kommt im allgemeinen ein Tiertypus des Achorion in Betracht, vor allem das *Achorion Quinckeanum* der *Mäuse*; es handelt sich hierbei um eine gutartige, schnell abheilende oberflächliche Dermatose.

Ganz anders liegen die Verhältnisse bei den übrigen Dermatomykosen.

Die *Mikrosporie* bietet noch immer ein Feld fruchtbarer Forschung auch in klinischer Beziehung. Chajes (25) faßt übersichtlich die klinischen Merkmale zusammen und schildert die durch *Microsporon Audouini* verursachten Herde des Kopfes, 2—5, seltener 8—10 an Zahl, als 3—5 cm große, polyzyklische, leicht erhabene, graublaue, mit 3—6 mm langen lockeren, grauweißen, kreidigen Haarstümpfen besetzte Flecke; die Haare werden alsbald stark zerbrechlich. Auf unbehaarter Haut winzige bräunliche, rötlich umrandete und randständig fein schuppende, oberflächliche, von selbst heilende Fleckbildungen. Ganz ähnlich erscheinen die durch Tiertypen des Microsporon (caninum oder lanosum) hervorgerufenen Veränderungen an der Kopfhaut.

Eine Bereicherung des klinischen Bildes erfuhr die *Mikrosporie* durch die Beobachtung tiefgreifender Formen. Namentlich die Hamburger Forscher, in erster Linie Plaut und Lewandowsky (58) sind es gewesen, welche auch kulturell den Beweis erbrachten, daß durch ein *Mikrosporon* genau so, wie durch ein Trichophyton, typisches *Kerion Celsi* entstehen kann. Von letzterem Autor wurde überdies auf die Häufigkeit ausgesprochener und ausgedehnter Herpesringe der unbehaarten Haut bei Mikrosporie aufmerksam gemacht, die auch ohne Kopfherde vorkamen.

Dasselbe Vorkommnis, ein ausgedehntes *Kerion* bei *Audouinischer Mikrosporie*, beschreibt Chable (23), und zwar trat dieses Kerion nach erfolgter Röntgenbestrahlung und Abdeckung des belichteten Herdes durch einen Zinkleimverband ein. Mit der Kerion-Entwicklung traten am Nacken auf unbehaarter Haut stark entzündliche, am Rücken einzelne rote und schuppende kleinere Herde auf, diese enthielten Pilze, jene nicht. Alsbald entwickelte sich unter Gelenkschmerzen, Erbrechen und Fieber ein fast über die ganze Hautdecke verbreitetes kleinpapulöses, bräunlich rotes Exanthem — *Lichen trichophyticus;* durch mehr oder weniger ausgeprägte Gruppierung, durch verhältnismäßig langsame Rückbildung der Knötchen, durch follikuläre, bisweilen spinulöse Abschuppung differenziert sich diese Lichenform vom disseminierten papulösen Ekzem.

Von Kaufmann-Wolf (50) wurde unter 2 Fällen der sog. *Hamburger Mikrosporie* 1mal eine tiefgreifende Erkrankung im Bereich der linken Schnurrbarthälfte nachgewiesen. Im übrigen beschreibt diese Autorin als charakteristisch für Mikrosporie-Haare deren etwa 7 mm lange Stümpfe, die alle gleich gerichtet, sich sehr leicht in ganzen Büscheln ausziehen lassen. *Menschlicher* Typ der Mikrosporie kommt vornehmlich als Kopfhauterkrankung der Kinder vor; der *tierische* Typ befällt wahllos glatte und behaarte Haut bei jung und alt. Die Mikrosporiehaare lassen sich mikroskopisch von den sehr ähnlichen kleinsporigen Ektothrixformen der Trichophytie dadurch unterscheiden, daß bei einem leichten Druck auf das Deckglas die Mikrosporiehaarscheide nur in Sporen, die Trichophytiescheide in einzelne Sporen und in Sporenketten zerfällt.

Zum Kapitel der Tier-Mikrosporie gehörig ist die Mitteilung von W. Fischer (34) ein neues Mikrosporon betreffend, *Microsporon xanthodes* genannt, das klinisch eine furunkelähnliche abszedierende Geschwulst hervorrief, die sich ziemlich hartnäckig erwies.

Auch das *klinische Bild der Trichophytien* hat nach manchen Richtungen hin Ergänzungen und Abänderungen erfahren. Wenn Bloch (9) den humanen Typus auch hier scharf vom animalen scheidet, so besteht theoretisch diese Scheidung zweifellos zurecht, wenn auch die praktische Nutzanwendung, daß von den humanen Formen lediglich Kinder befallen werden und mit der Geschlechtsreife Spontanheilung eintritt, nicht ganz so ausschließlich zu bestehen scheint, daß dies als Regel betrachtet werden könnte. Immerhin wird angesichts der häufigen und ausgedehnten Schulepidemien füglich von *„Schülertrichophytien"* gesprochen. So schildert Chajes (25) eine solche mit kleinen, höchstens wenige Zentimeter großen Herden und eine zweite Form mit großen, etwa 5—6 cm breiten Herden.

Die Erkrankung zeichnet sich bei beiden Formen durch den fast gänzlichen Mangel entzündlicher Erscheinungen aus. Das *Trichophyton crateriforme* ruft die kleineren, das *Trich. acuminatum* die größeren Herde hervor. Bei der eiternden Kopftrichophytie, dem typischen Kerion Celsi, dagegen finden sich kulturell *Trich. faviforme* und *Trich. gypseum.*

Chajes unterscheidet Kopftrichophytien, Barttrichophytien und Körpertrichophytien klinisch, ohne den Übergang der einen in die anderen Formen zu übersehen. Die *Barttrichophytie* beginnt nach diesem Autor mit leichtroten Ringen oder Scheiben, die leicht infiltriert randständig Schüppchen und Bläschen zeigen. Rasche Verbreitung der in die Tiefe der Haarfollikel sich ausdehnenden Pilze und ihrer Reaktionserscheinungen. Eiterung, follikuläre und perifollikuläre Abszeßbildung. Siebartig quillt der Eiter aus zahlreichen Öffnungen. Regionäre Drüsenschwellung. Der Verlauf ist langdauernd, die bleibenden Narben oft nur oberflächlich. Die *Körpertrichophytie* tritt als zirkumskripte oder disseminierte Form auf; bei der letzteren treten mitunter kerionartige Infiltrate an den Armen auf; im übrigen zeigen sich bei dieser Form zahlreiche papulöse rote Herde mit zentraler Schüppchenbildung; sie ist viel ansteckender als die zirkumskripte Form. Das *Eczema marginatum* bildet am Rande der scharf umgrenzten rötlichen juckenden Herde bisweilen Bläschen, tritt an den Berührungsstellen der Haut namentlich bei stärker schwitzenden Leuten zutage. Bei diesem Leiden ergibt die Kultur als Erreger immer nur das *Epidermophyton inguinale,* bei den Trichophytien die verschiedensten Pilzarten. Die selten erkrankenden Nägel nehmen meist vom seitlichen Rande her weißgelbliche Farbe an, werden bröckelig und zerfallen.

Buschke (18) bespricht in einem orientierenden Artikel:

1. Die *Mikrosporie,* deren fast fehlende Entzündung er hervorhebt; die Haare sind nur 3—4 mm infolge Abbrechens lang und leicht ausziehbar. Bei fortgeschrittenen Fällen zahlreiche verschieden große Herde am Kapillitium, gelegentlich einzelne Herde auch auf der benachbarten Haut.

2. Die *eigentlichen Trichophytien* mit einer oberflächlichen Form, dem eigentlichen Herpes tonsurans (Herpes vesiculosus, Herpes iris, circinatus usw.) und mit einer tiefgreifenden Form, der Sykosis, dem Kerion Celsi. Oft kombinieren sich beide Formen. Klinisch ähnliche Affektionen namentlich im Bart durch einfache Eitererreger erzeugt, sind meist mehr akut entzündlich. Doch zeichnet auch manche tiefe Trichophytie sich durch Hautjucken, Schmerzhaftigkeit, Spannung und Entstellung, sowie durch Blutleukozytose aus.

3. Den *Favus,* von dem neben dem bekannten kindlichen Kopffavus, hervorgerufen durch das *Achorion Schönleini,* besonders die trichophytieähnlichen Läsionen interessieren, welche ein Bindeglied zwischen den Trichophytien und dem eigentlichen Favus klinisch und auch biologisch bilden; diesen Veränderungen liegt der *Quinckesche Mäusefavuspilz* zugrunde.

4. Das *Eczema marginatum,* das nicht nur an den Kontaktstellen der Haut, sondern auch am Rumpf und Extremitäten in Form schuppender roter Flecke oder mehr als Bläschenexanthem vorkommt. Zwischen den Zehen sah Sabouraud das Leiden oft auftreten.

Im gleichen Sinne weist Bruhns (16) auf ein ungewöhnliches klinisches Bild des *Eczema marginatum* hin, indem dasselbe am Halse, am Rumpfe, zwischen den Fingern lokalisiert war und die typischen Stellen der Genitokruralfalten freiblieben oder erst sekundär erkrankten, wie auch Fischer (31) das Vorkommen auf freien Körperflächen betont.

Von der Häufigkeit des *Eczema marginatum* im Heere spricht Galewsky (37) auf Grund seiner Lazaretterfahrungen und schildert das typische klinische Bild dieser Dermatose: sehr oft besteht unbemerkt lange Zeit ein kleiner Primärherd, der dann unter begünstigenden Umständen der feuchten Wärme

namentlich zu schneller und weiter Ausdehnung des Exanthems führt.

Jeßner (47) erwähnt den Herpes tonsurans vesiculosus, an behaarter und unbehaarter Haut gleichförmig vorkommend, den Herpes tonsurans maculosus, durch feinstgezackten Rand bemerkenswert; beide Formen sind nur graduell voneinander verschieden, während ein Herpes tonsurans squamosus als solcher überhaupt nicht existiert. Die Sycosis parasitaria nodosa (tuberosa) zeigt als Besonderheit eine eigentümlich zähe, viszide, mit Eiter durchsetzte, trübe Flüssigkeit der geöffneten Abszesse. Von Trichophytonpilzen durchwucherte Haare, in Chloroform gelegt, bekommen ein graues Aussehen entgegen dem unveränderten Zustande gesunder Haare unter gleichen Umständen.

Unna jun. (107) glaubt nach seinen Erfahrungen von einer Häufung von *Eczema marginatum* nicht reden zu können; immerhin betont er dessen Vorkommen bei Lazarettkranken namentlich infolge von feuchten Verbänden u. dgl. In Übereinstimmung mit den Angaben Galewskys hält auch Unna die Schnelligkeit für auffällig, mit der der oft kaum sichtbare erste Fleck in wenigen Stunden zu ausgedehnten Herden sich vergrößert.

Es wurde schon anfangs oben darauf hingewiesen, daß es sich bei den Dermatomykosen nicht um rein örtliche Erkrankungen der Haut handele, sondern daß der ganze Körper mehr oder weniger in Mitleidenschaft gezogen werde. Schon Br. Bloch (8) hatte gelegentlich eines Falles einer sehr genau untersuchten und länger beobachteten, durch Trichophyton gypseum bedingten Dermatomykose Blutveränderung konstatiert, indem eine Vermehrung der Leukozyten und eine Zunahme der großen Mononukleären und Übergangszellen und Türksche Reizformen auftraten. Miescher (70) hat das *Blutbild bei Trichophytien* eingehend untersucht und kommt zu dem Resultat, daß die tiefen Formen der Trichophytie im Blütestadium der Erkrankung eine *Leukozytose* aufweisen, während diese bei den oberflächlichen Formen vermißt wird. Im übrigen aber läßt sich ein einheitliches regelmäßiges Blutbild bei diesen Erkrankungen nicht festlegen. Im Abheilungsstadium geht auch die Leukozytose entsprechend zurück. Auch von A. Strickler (104) sind Untersuchungen über die *Blutbeschaffenheit bei parasitären Hautleiden* vorgenommen und die Resultate lauten dahin, daß bei der *Kopftrichophytie* eine *Lymphozytose* besteht, und zwar sind die kleinen Lymphozyten meistens vermehrt, ein Befund, welcher differentialdiagnostische Bedeutung gewinnen kann. — Für das Zustandekommen des *Eczema marginatum* sehr bezeichnend ist die Angabe Schellenbergs (99), daß in der Lungenheilstätte vorzugsweise Brust, Rücken und Achselhöhle Sitz der Hautveränderungen waren; der Einfluß der hydrotherapeutischen Maßnahmen ist hier unverkennbar, wie ja auch gelegentlich von den verschiedensten Seiten darauf aufmerksam gemacht ist[1]). Von Pedersen (78) werden zwei ausgebreitete Fälle vom Eczema marginatum nach Behandlung mit feuchten Umschlägen eigens mitgeteilt.

Eine unter dem Bilde des seborrhoischen Ekzems verlaufende Dermatose des Gesichtes und Halses beschreibt Plaut: der zur krateriformen Art gehörige Pilz rief nie Kopferscheinungen hervor. Lokalisiert an Armen, Händen und Füßen kam ferner eine seltene Trichophytie bei Packern zunächst auf, als deren Erreger von Plaut (83) das seltene *Trich. denticulatum* nachgewiesen wurde; durch das Packen und das Packmaterial (Holzwolle usw.) entstehen an den Händen und Armen oberflächliche Rhagaden und Abschürfungen, welche für die Einnistung der Pilze den Boden auf das beste vorbereiten. Ebenfalls auf die Wichtigkeit der Lokalisation an Händen und Füßen weisen Ormsby und Mitchell (76) hin und sie vergleichen die mykotischen Hautveränderungen daselbst mit den Endstadien der Dyshidrose und eines intertriginösen, vesikulösen oder papulo-pustulösen Syphilids. Als Hauptläsion wird eine tiefgreifende blasige Abhebung geschildert, welche Pilze enthält.

Eine eigenartige *Epidermomycosis inguinalis* wird von Muijs (75) mitgeteilt. Es fanden sich wenige Millimeter große Pseudofollikulitiden, rahmartig weiß, verdickt, peripher gerötet, neben diffuser roter, feucht glänzender, fissurärer Hautbeschaffenheit in den Leisten. Vergrößerung der Einzelherde durch zentrifugale Exfoliation und durch Zusammenfließen; am Rande oft mattweiße, exfoliierte, leicht entfernbare Epidermis. Als Ursache ergab sich ein *Endomyces* (-Oidium) *albicans*, mithin handelte es sich um eine *Soormykose*. Als *Soor* klassifiziert auch Kaufmann-Wolf (49) mehrere Dermatomykosen, unter denen die von Jacobi beobachteten Formen von Trichophytie als Folgeerscheinungen des permanenten Bades und die Soormykose der Säuglinge, sowie eine interdigitale Soormykose der Erwachsenen besonders hervorgehoben seien. Mazeration der Haut und ein weißlicher Farbenton sind prägnante Merkmale dieser Formen. Besonders die *interdigitale Soormykose* beginnt mit einem Bläschen in der Interdigitalfalte der dritten Interdigitalräume, später erscheint die Haut dort gequollen und bläulichweiß. Ausgesprochenes Flächenwachstum per continuitatem unter Benutzung der geschützten Gelenkbeugen der Interdigitalräume. Die nachgewiesenen Faden- und Sproßformen der Pilze machen ihre Zugehörigkeit zur Soorgruppe wahrscheinlich. Später ergänzt dann Kaufmann-Wolf ihre Angaben über Pilzerkrankungen der Hände und Füße (50) auf Grund von 25 einschlägigen Beobachtungen und bezeichnet „tiefsitzende, gruppiert stehende, zur Vereiterung neigende Bläschen, die keine oder nur geringe Neigung zum Nässen besitzen" als das hauptsächlichste klinische Symptom.

In einer ausführlichen Studie berichtet G. Miescher (71) über einen Fall von *Mycetoma pedis nostras*, welcher klinische Ähnlichkeit mit dem Madurafuß aufwies; als Erreger ergab sich eine pathogene *Streptothrix „verrucosa"*. Der Autor stellt alsdann eingehende Betrachtungen über die Systematik der Trichomyzeten an.

Du Bois (28) geht davon aus, daß die Trichophytien der glatten Haut meistens tierischen Ursprungs sind; er teilt wegen ihrer ungewöhnlichen Lokalisation und durch Ausschluß tierischer Kontaktinfektion bemerkenswerte Beobachtungen mit: bei einer Frau entstand ein durch Trichophyton gypseum bedingter, pustulöser Herd da an der linken Hüftseite, wo das Mieder einen gewissen Druck bedingte; bei einem Bureaubeamten entstand am linken Bein, da wo der Strumpf auf den Schuh fallend einen leichten Druck bedingt, ebenfalls ein pustulöser Herd, verursacht durch Trichophyton gypseum radiolatum; eine junge Arbeiterin zeigte in der rechten Schultergegend eine durch Trich. gypseum hervorgerufene gleiche Erscheinung, sie trug kurzärmelige Schürzen bei der Arbeit; eine andere Fabrikarbeiterin zeigte rings um die Analöffnung einen herpetischen Efflo-

[1]) Ich selbst habe zahlreiche Fälle von Eczema marginatum an Brust, Rücken, Extremitäten, Nates primär lokalisiert gesehen, und zwar nicht nur nach feuchten Umschlägen, sondern auch unter trockenen Verbänden; vielfach um verheilende Wunden herum; oft breitete sich sprunghaft von diesen Stellen das Eczema marginatum auf den übrigen Körper und insbesondere auf die bekannten Kontaktstellen der Haut aus, oft aber blieben auch die Erscheinungen auf die primär erkrankten Hautpartien beschränkt.

reszenzenkranz, wohl hervorgerufen durch infiziertes Papier; Erreger Trich. gypseum. Zu diagnostischem Irrtume gab eine rotschuppende Läsion am unteren Augenlide Anlaß (Erreger Trich. violaceum); unter dem Bilde eines Ekzems mit blasiger Abhebung im ersten linken Interdigitalraum verlief eine durch Trich. violaceum bedingte Mykose. Als Pyodermie und nässendes, krustöses Ekzem, an Skabies erinnernd, erschien eine disseminierte Trichophytie, welche durch Trich. verrucosum verursacht, bei einem Hirten und einem Landmädchen beobachtet wurde. Der Autor vermutet, daß die Sporen aller dieser Trichophytieformen in der Luft aufgewirbelt sein können. Von Loeb (59) wird neben der oberflächlichen und tiefen Trichophytie noch eine Übergangsform als *Trichophytia infiltrans* abgegrenzt, welche sich intrakutan flächenförmig ausbildet, keine tiefen Knoten und Abszesse bildet und subakut zu verlaufen pflegt.

Jadassohn (46) hebt hinsichtlich der Kontagiosität die erheblichen Gradunterschiede hervor, welche von der Pityriasis versicolor bis zur Mikrosporie eine fortlaufende Reihe bilden.

Die seltenen glatten Trichophytien der Kinderköpfe haben jetzt an Verbreitung gewonnen, bei ihren unscheinbaren Symptomen bieten sie diagnostische Schwierigkeiten, daher ist stets Untersuchung auf Pilze in solchen Fällen geboten. Mikrosporie und glatte Trichophytie der Kinderköpfe sind „obligat pathogen", im geringeren Maße der Favus; die Epidermophytien sind bedingungsweise stark ansteckend. Pityr. versicol. ist im Sommer häufiger als im Winter. Der Lichen trichophyticus ist eine ausgesprochene Kindererkrankung. Diese von Jadassohn und Bloch ursprünglich beobachtete und beschriebene Hautanomalie ist von Brun Pedersen (80) zum Gegenstand eingehender Studien gemacht worden. Er beschreibt 6 Fälle von Trichophytie, bei denen 3mal die kleinen follikulären hornigen Papeln mit ausgesprochener Spinulabildung vorhanden waren; sodann waren in einem Falle nur die Unterarme Sitz der Läsionen, in einem weiteren begleitete Fieber die Eruption der lichenoiden Elemente, im letzten Falle endlich erschienen die Veränderungen am Haarboden den lichenoiden Herden der unbehaarten Haut gleichartig.

Eine eingehende Arbeit über denselben Gegenstand stammt von C. Rasch (89). Bei einem Knaben mit Kerion Celsi entwickelte sich ein disseminiertes Exanthem am Stamm, aus kleinen follikulären blaßroten derben hornartigen, aber stachellosen Knötchen bestehend; bei einem Mädchen traten miliare weißliche spinulöse Knötchen auf, die nach Entfernung der Stacheln ein leichtes Grübchen aufwiesen; der Ausschlag war stark juckend und schließlich reibeisenartig; in einem weiteren Falle waren psoriasiforme Schuppen reichlich angebildet. Rasch neigt sich der Ansicht zu, daß auf hämatogenem Wege Toxine in die Haut gelangen und den Lichen spinulosus trichophyticus hervorbringen.

Über ein abnormes Haarwachstum nach multiplen Herden tiefer Trichophytie am Kopf bei einem 9jährigen Knaben weiß H. Fuchs (36) zu berichten; die Haare waren daselbst kräftiger, dunkler und dichter wieder angebildet auf geringfügig narbig veränderter Basis.

III. Biologie.

Seit den grundlegenden, bedeutsamen und folgenreichen Feststellungen B. Blochs (8) auf dem Gebiete der pathologischen Physiologie (Biologie) der Dermatomykosen beschäftigen die Lebenseigenschaften der Pilze und das reaktive Verhalten der Haut diesen gegenüber unausgesetzt die Forschung. Blochs hauptsächlichstes Forschungsergebnis war der Nachweis, daß nach einmal überstandener Trichophytie — beim Menschen wie beim Tier — eine Hautumstimmung erfolgt, welche bei erneuter Infektion sich in einer alsbald auftretenden spezifisch-allergischen Entzündung äußert und eine Haut-Immunität herbeiführen kann. Auf Grund seiner Meerschweinchenversuche nahm Bloch eine Immunität des Tieres nach einmalig überstandener Trichophytie an, und zwar nicht im Sinne völliger Symptomlosigkeit bei erneuter Pilz- oder Mykin-Zufuhr, sondern im Sinne gesteigerter reaktiver Entzündung, der sog. Allergie. Beide Zustände — Allergie und Immunität — sind keine getrennten Dinge, sondern durch einander bedingt und gleichsinnige biologische Vorgänge. Aber es bestehen mindestens graduelle Unterschiede zwischen der Menschen- und Tiertrichophytie hinsichtlich der biologischen Verhältnisse, ein Beweis, welche bedeutsame Rolle der Geländeart[1]) zukommt. Weiterhin ergab sich die Feststellung, daß die Entzündungserscheinungen des primären Pilzherdes spezifischer Natur sind und das Resultat der allergischen Bestrebungen des Organismus darstellen; daher die heftigere Umstimmung und raschere Immunisierung bei den animalen, und die schlechtere Prognose hinsichtlich der Krankheitsdauer bei den geringer reagierenden humanen Formen von Trichophytie. Von großer Bedeutung war auch der Nachweis, daß die Allergie als eine zelluläre Potenz zu betrachten sei. In diesem Sinne haben auch die Trichophytide, speziell der Lichen trichophyticus als Ausdruck einer kutanen Allergie, als einer Überempfindlichkeitsreaktion zu gelten, wobei Pilzelemente oder Toxine auf dem Blutwege in die Haut gelangen und hier an den Follikel-Apparat angreifen. Im weiteren Verlauf seiner Studien richtete Bloch (9) sein Augenmerk auf das in den Pilzzellen enthaltende *Endotoxin*, das *„Mykin"* und fand, daß dasselbe aus einem sehr labilen, nicht dialysablen Anteil von hochmolekularer Konstitution und aus einem hitzebeständigen, dialysablen, wasserlöslichen Körper besteht. Ist erst einmal der Organismus allergisch gestimmt, vermag der zweite beständige Körper allein eine Reaktion herbeizuführen. Weiter untersuchte Bloch die Dauer einmal erfolgter Umstimmung und fand, daß diese anhaltend, vielleicht allmählich sich etwas abschwächend, bestehen bleibt; mithin scheint es sich hier um eine Vererbung erworbener Eigenschaft innerhalb der Zellkomplexe desselben Organismus zu handeln, ein gewiß interessantes Phänomen. Bezüglich des Sitzes und Ursprungs der spezifischen Überempfindlichkeit greift Bloch auf die Hypothese der sessilen Rezeptoren zurück und betont dabei seinen gelungenen Versuch der Transplantierung eines allergischen Hautstückchens, das auch dann noch spezifisch reagierte. Die Allergie ist daher eine histogene und dürfte chemisch auf Bindung, Oxydation oder Abbau beruhen. Aber nicht nur gegen Mykin, auch gegen die lebenden Pilze selbst richtet sich die Allergie und bedingt in diesem Sinne eine Immunität. Allergie und Immunität sind dann als identische Vorgänge aufzufassen.

Diese experimentellen Forschungsergebnisse erklären zwanglos viele der klinischen Erscheinungsformen. Bei oberflächlichen Formen sitzen die Pilze in den obersten Zellagen der Epidermis und werden leicht eliminiert; es bedarf keiner Allergie; bei den tieferen Formen kommt es zu erheblicherer Wechselwirkung zwischen Wirt und Parasit und es wird das Krankheitsbild lediglich „der anatomische Ausdruck der am Infektionsort lokalisierten Allergie". Die Umstimmung bleibt nicht lokal, sie geht auf den ganzen Organismus über, wie die Allgemeinerscheinungen, die Leukozytose bezeugen. Diese allgemeine Allergie nun rechtfertigt die Anwendung der spezifischen The-

[1]) Terrain = Gelände, Geländeart, Geländebeschaffenheit.

rapie, die Einverleibung des Mykins. Wo diese versagt — z. B. beim Favus Schönleini, bei der Audouinischen Mikrosporie, der Pityriasis versicolor, der endotrichen Trichophytie, dem Erythrasma und der Onychomykosis — fehlt eben die spezifische Allergie, es kommt überhaupt nicht zu einer biologischen Wechselwirkung zwischen Parasit und Wirt, es fehlt lokale und allgemeine Überempfindlichkeit. Es sind dies im wesentlichen die durch streng menschliche Parasiten erzeugten Formen, die sich so verhalten: sie sind pilzreich, hartnäckig, unscheinbar, zu ihrer Beseitigung bedarf es mechanischer Entfernung der Pilze (Radioepilation) oder einer Nährbodenveränderung, wie sie die Pubertät für die Kopfhaut mit sich bringt. Auch Chrysarobin wirkt nur dann, wenn sich einer spezifisch-allergischen Entzündung die durch das Medikament bedingte Entzündung hinzugesellt.

Die Therapie der *Sporotrichose* wird am wirksamsten durch Jodkaliverabreichung gestaltet. Und zwar ist es das freie Jod, welches in statu nascendi in minimalster Konzentration parasitotrope Wirkung entfaltet.

Angeregt durch Blochs Studien lieferte Inga Saeves (97) wertvolle experimentelle Beiträge zur Dermatomykosenlehre. Zunächst ergab sich hinsichtlich des Inkubationsstadiums der Trichophytie im Gegensatz[1]) zu Bloch keine Abnahme bzw. kein Verschwinden der Keime, vielmehr gingen Impfungen von Schuppen und Haaren auf Glykoseagar in der Inkubationszeit *reichlich* an. In Einklang damit ergaben histologische Untersuchungen von Präparaten, aus der ersten Inkubationszeit stammend, daß die Pilze alsbald nach der Inokulation sich vermehren, während in dieser Zeit die entzündliche Reaktion sehr unbedeutend ist. Diese wird erst plötzlich sehr stark, so daß man sagen kann, daß die eigentliche Krankheit erst mit dem intensiven Entzündungsprozeß beginnt. Dieser aber leitet zugleich die Heilung ein, was gleichbedeutend ist mit der Ausbildung von Antikörpern im Sinne v. Pirquets. Dabei hat die Tatsache, daß die Antikörper bei der Trichophytie in der *Haut* ihren Sitz haben, nur nebensächliche Bedeutung. Das Verhältnis der *Zahl* der inokulierten Infektionserreger zur Inkubationszeit bedarf der Beachtung. Immerhin ist nicht nur die Menge der Keime dabei — wie überhaupt für den Verlauf der Dermatomykosen — von Wesenheit, auch die Virulenz derselben, die Schnelligkeit und Intensität des Verbrauchs und der Wiederbildung der Antikörper, sowie die der Antigenbildung kommen hier in Betracht. Saeves wandte sich alsdann den Zustandsänderungen beim Meerschweinchen nach wiederholten Trichophytie-Impfungen zu. Hier vermochte er den Beweis zu führen — auf Grund kultureller und histologischer Untersuchungen — daß bei den Reinokulationen entgegen den ursprünglichen Blochschen Anschauungen positive Pilzbefunde zu verzeichnen sind. Es ergaben sich unter 19 positiven Reaktionen 16 positive, 3 negative Pilzbefunde; von letzteren beruht der eine Befund auf einem Versuchsfehler, da die nächsten 4 Reinokulationen positive Kulturresultate ergaben. Der Pilznachweis gelang oft noch nach verhältnismäßig langer Zeit. Eine strenge einwandsfreie völlige Immunität im klinischen Sinne scheint kaum vorzukommen, meist handelt es sich bei den Reinokulationsresultaten um eine „beschleunigte" Reaktion im Sinne v. Pirquets, wobei das weitere Pilzwachstum Dauer und Intensität der Reaktion steigert. Von Wichtigkeit ist das Vorkommen peripherer gruppierter Knötchen, welche positiven Pilzbefund zeigen, nach Ablauf der Reinokulation. Nunmehr ging J. Saeves daran, die Immunitäts-Erscheinungen bei der Trichophytie mittels der *Abderhaldenschen Abbaumethode* zu prüfen. Bezüglich menschlicher Trichophytiker fielen alle Versuche negativ aus, freilich waren alle untersuchten Patienten allergisch, keine im strengen Sinne des Wortes immun. Beim Meerschweinchen ergab sich mit einiger Wahrscheinlichkeit, daß das Trichophyton gypseum gegenüber für diese Tiere nicht pathogenen Pilzen über Fermente verfügt, die zwar Meerschweinchenblut, dagegen nicht Meerschweinchenhaut abbauen können. Mit Rücksicht auf die positiven Pilzbefunde bei allergischen Reaktionen schien es J. Saeves folgerichtig zu prüfen, ob die fehlende Infektiosität der humanen Pilzarten auf der Tierhaut ihren Grund im schnellen Absterben dieser Keime habe. Es fanden sich einmal Epidermophyton inguinale noch 10 Tage nach der Inokulation und Microsporon Audouini noch 15 Tage danach beim Meerschweinchen vor; ihre Nichtpathogenität beruht daher wohl nicht auf dem schnellen Absterben als vielmehr auf der Unmöglichkeit, mit der Haut in Reaktion zu treten, d. h. die Zellen der Meerschweinchenhaut fermentativ aufzuschließen. Von Bloch war eine hämatogene Trichophytie-Infektion im allgemeinen abgelehnt worden. Saeves gelang es 7mal bei acht hämatogen (intrakardial) mit Achorion Quinckeanum infizierten Meerschweinchen und 2mal bei drei mit Trich. gypseum auf dieselbe Art infizierten Tieren mehr oder weniger stark disseminierte Trichophytie zu erzeugen. Auch hämatogene Inokulationen bei sog. immunisierten Meerschweinchen riefen Hauterscheinungen hervor, in denen Pilze nachweisbar waren; doch erschienen diese Exantheme bisweilen ziemlich unscheinbar; jedenfalls machten sich in allen Fällen allergisch bedingte Atypien des klinischen Bildes geltend. Mit der Mitteilung einer interessanten korymbiformen lichenoiden Trichophytie beschließt Saeves die bedeutsame Studie. —

Chable (23) teilt einen Fall von *Audouinischer Mikrosporie* mit, bei dem *Kerion Celsi* und *lichenoides Exanthem* komplikatorisch auftrat. Er erörtert die Möglichkeit der Umwandlung im Prinzip oberflächlicher Herde in tiefe, durch akzidentelle entzündungserregende Wirkungen (Pediculosis, Sabadillessig, Zinkleim, Röntgenstrahlen) neben Berücksichtigung individueller Disposition und Pilz-Varietät. Für den Mechanismus, der jene Umwandlung bedingt, bringt dieser Autor die unmittelbare Einwirkung von Pilzelementen und Hornmaterial auf das Gefäßbindegewebe nach Zerstörung der Follikelwand in Anschlag. Was das lichenoide Exanthem anbelangt, so war die für dessen Entstehen erforderliche Allergie im ausgesprochensten Maße vorhanden.

Interessante Versuche stellte E. Sutter (105) über die *Spezifität* der *Trichophytinreaktion* und über die Modifikationen ihres Ablaufes unter verschiedenen Bedingungen an. Es fand sich, daß die Intradermoinjektion von 0,1 ccm Trichophytin auch bei Gesunden eine gewisse reaktive Erscheinung hervorrufen kann, nur quantitativ verschieden von einer spezifischen Trichophytinreaktion; es reagierten nahezu 50% gesunder Individuen positiv. Bezüglich des Alters erhält man die meisten positiven Reaktionen auf Trichophytinimpfung zwischen 15—25 Jahren. Bei akuten Infektionskrankheiten blieb die Trichophytinreaktion auf dem Höhestadium der Krankheit aus, später stellte sie sich wieder ein; bei chronisch Kranken ergaben sich gleiche Verhältnisse wie beim Gesunden; nur kachektische Kranke reagieren stets negativ. Das Blutbild ergibt bei Trichophytikern nach jeder Trichophytininjektion eine Erhöhung der polynukleären Leukozyten, während bei Gesunden, wenn sie stark reagieren, eine starke neutrophile Leukozytose vorherrscht. Bei experimenteller Menschentrichophytie traten stärkere Reaktionen am 14. bis 19. Krank-

[1]) Der Gegensatz besteht tatsächlich nur scheinbar, da die Verschiedenheit des Pilzmaterials und der Versuchsobjekte zu berücksichtigen sind.

heitstage auf bei regelmäßiger Intradermoinjektion mit 0,1 Trichophytin, d. h. synchron mit dem Auftreten der ersten lokalen Entzündungsprozesse an der Einverleibungsstelle. Bei wiederholter Intradermoinjektion steigerte sich beim Gesunden zunächst die Reaktionsgröße, die übrigens wie ihr Verlauf inkonstant sich verhält, um dann allmählich abzuklingen, während beim Trichophytiker die viel konstanter beschaffenen Reaktionen von Anfang an allmählich kleiner werden. Der Unterschied in der Reaktionsstärke auf Trichophytin beim Menschen und Meerschweinchen ist rein quantitativ, sofern kutane Applikation stattfindet, bei andersartiger Verabreichung des Trichophytins reagiert der Mensch auch mit Allgemeinerscheinungen. Beim Meerschweinchen gibt es keine Trichophytie der inneren Organe. Sehr interessant war das Ergebnis wiederholter (bis zu 9mal!) Inokulationen von Pilzen auf die menschliche Haut. „Die spezifische Umstimmung infolge der Infektion mit Achorion Quinckeanumpilzen bewegt sich mit dem Verlauf der sukzessiv wiederholten Inokulation über ein Stadium der Überempfindlichkeit gegenüber den spezifischen Pilzprodukten zu einem Stadium der Unterempfindlichkeit und Immunität; aus der abgekürzten, positiv allergischen mykotischen wird eine abortive, negativ allergische amykotische Hautreaktion." Entsprechend geringere Blutreaktion. Die Existenz spezifischer Antikörper im Blut oder Serum menschlicher oder tierischer Trichophytiker ist nie gelungen, aktive Immunisierung gelingt durch wiederholte Einreibung steriler Pilze bzw. fortgesetzte Intradermoreaktion eines möglichst konzentrierten Trichophytins.

Jadassohn (46) bespricht in einer Übersicht über Trichophytien Allergie und Immunität bei Wiederimpfungen, betont, daß die Trichophytie-Überempfindlichkeit zugleich mit dem Höhepunkt der Krankheit einsetze und er erblickt demgemäß in der allergischen Entzündung den Ausdruck der durch das Antigen verursachten Antikörperbildung. Dieser Autor bekennt sich nunmehr auf Grund der Saevesschen Untersuchungen auch zur Annahme der hämatogenen und lymphogenen Hautinfektion neben der exogenen Inokulation.

E. F. Müller (73) erkennt in der Trichophytie eine Allgemeinerkrankung an. Bei der Reaktion handelt es sich um Verlust und Abwehr; die Abwehrpotenzen des Organismus stellen eine „aktive myeloische Reaktion auf den Reiz der Infektion dar". Bei der beginnenden Trichophytie ist die gesamte Abwehr gering, immerhin macht sich das dauernde Vorhandensein myeloischer Reaktion in Gestalt von Phagozytose (Leukozyten) bemerkbar.

Mieschers (70) Prüfungen des Blutbildes bei Trichophytinzufuhr ergaben, daß beim Trichophytiker mit positiver Allergie die Blutreaktion auf Trichophytin sowohl der Größe des Ausschlages als auch besonders der Veränderung des Blutbildes nach in einer polynukleären neutrophilen Leukozytose sich regelrecht kundgibt. Etwa vorhandenes Fieber ändert nichts am spezifisch veränderten Blutbild. Übrigens tritt bei Nichttrichophytikern ebenfalls eine Leukozytose im Sinne einer Vermehrung der Lymphozyten bei Trichophytinzufuhr auf.

Pedersen (80) fand bei den sekundären Trichophytiden deren Umgebung besonders stark allergisch; es besteht ein örtlicher Parallelismus zwischen stärkst entwickeltem sekundären Exanthem und stärkst auftretender Trichophytinreaktion. Die Nabelgegend scheint der Sitz der stärksten und konstantesten Umstimmung der Haut bei Trichophytikern zu sein.

Bemerkenswert ist die Mitteilung Rosenbachs (94), welcher bei einer Nachprüfung von Trichophytonkulturen, 22 Jahre auf Bouillonpeptonagar von einem Röhrchen aufs andere fortgezüchtet, deren Virulenz erhalten fand; es entstand bei endermaler Applikation eine tiefe Trichophytie mit ausgiebiger Eiterung. Bei subkutaner Injektion einer Trichophytonkultur traten keine Reaktionserscheinungen bei Lupusfällen auf, eine Feststellung, die gegenüber den entgegengesetzten Scholtzschen Befunden (100) Beachtung verdient.

IV. Prophylaxe.

Bei der weiten Verbreitung der Dermatomykosen im Laufe der Kriegszeit richtet sich naturgemäß das Augenmerk nicht nur der Ärzte, sondern auch verschiedenster militärischer und bürgerlicher Kreise auf die *Verhütung* und *Bekämpfung* dieser oft recht störenden und entstellenden Leiden, die zudem für das Allgemeinbefinden durchaus nicht immer gleichgültig sind[1]).

Um der breiten Öffentlichkeit die drohenden Gefahren bekannt zu geben und Maßnahmen zur Krankheitsverhütung an die Hand zu geben, sind *Merkblätter* ausgearbeitet und in großen Massen verteilt worden. Im Kriegsministerium Berlin 1918 gedruckt ist ein Merkblatt für Ärzte über Pilzerkrankungen der Haut nach den Angaben von Buschke und Plaut (64). Ein Merkblatt für Ärzte und ein solches für Friseure ist von Erich Hoffmann (62, 63) entworfen. Plaut (85) gibt das Schema eines Merkblattes, in dem er prophylaktisch die Rasierhygiene besonders betont und fordert, daß die Militärärzte in 8tägigen Kursen über die einschlägigen Fragen orientiert werden sollen. In einer Erwiderung auf dieses Merkblatt hebt Lehmann (57) hervor, daß außer dem Rasieren noch viele andere Verbreitungsursachen vorhanden seien; die Belehrung beim Militär müsse sich vom Truppenoffizier bis zum Kammersergeanten erstrecken. Auch die Vorschläge Meirowskys (66) zur Bekämpfung der Bartflechtenepidemie sind nach Form und Inhalt merkblattartig gehalten: er wünscht eine vom Reichsgesundheitsamt herausgegebene aufklärende Schrift für die Ärzte, die Anzeigepflicht aller Bartflechten mit Angabe der Infektionsquelle, die Freigabe der Strahlenbehandlung durch die Krankenkassen. Sein Entwurf eines Merkblattes für Bartflechtenkranke ist zwar gut gemeint, aber krankt doch an mancher undurchführbaren Forderung, wenn es beispielsweise unter II heißt: „Fasse nie mit Deinen Händen die kranken Herde an und kratze nicht, damit Du die Krankheit nicht auf gesunde Stellen überträgst. Vermeide auch körperliche Berührung mit anderen Personen (besonders Küssen), damit Du nicht andere ansteckst." Auch Holzwolle zum Einseifen zu benutzen, dürfte kaum angängig sein. Für besonders gefährlich erachtet Meirowsky die militärischen Halsbinden, deren Ersatz durch Papierbinden er anrät.

Im sozialen Ausschuß des *ärztlichen Bezirksvereins Nürnberg* (103) hat man sich eingehend mit der Bekämpfung der Bartflechtenepidemie beschäftigt; bemerkenswert ist die Tatsache, daß man allen in den Friseurstuben Beschäftigten eine erhöhte Seifenzuteilung erwirkte. Der Vertreter der Baderinnung erklärte das Einseifen mit Wattebausch für technisch unmöglich. Aufklärung des Publikums, Belehrung der Bader, Merkblatt für Ärzte, Krankenrasierstuben für Zivil und für Militär waren die Forderungen des Tages. Eine vorbildlich knapp und klar gehaltene Anweisung zur Bekämpfung der Bartflechte wurde vom *Gouverneur* der Festung *Köln* herausgegeben (6).

---

[1]) Ich habe Fälle schwerer tiefer Trichophytien beobachtet, bei denen 20—30 Pfund im Laufe der Krankheit an Körpergewicht verloren gingen.

Anläßlich eines Artikels über *Epidermophytie,* die ja auch weite Verbreitung gefunden hat, bespricht Galewsky (37) die Prophylaxe: er weist auf die Bedeutung der feuchten Verbände, der Packungen und des Schwitzens hin; er fordert Vorsichtsmaßregeln für Wasch- und Toilettenräume; Türklinken und andere Gegenstände sollen nicht mit infizierten Händen angefaßt, die Thermometer streng desinfiziert werden. Durch häufige Gesundheitsbesichtigungen sollen die Initialfälle erfaßt werden. Bei einer *Mikrosporie*-Epidemie wurden nach de Reynier (91) die Hüte in den Läden beim Aufprobieren mit Seidenpapier bedeckt, die Friseure sollten alle Eiseninstrumente durch die Flamme ziehen, sonst Alkohol- und Formaldehyddesinfektion vornehmen. In der Schule wurde eine Krankenklasse eingerichtet, eine zweite für die Geschwister der Kranken. Hefte blieben in der Schule und wurden später verbrannt.

Jeßner (47) hält neben Kontakt- auch Luftinfektion für möglich. Er fordert eigenes Rasierzeug, womöglich Selbstrasieren. Sehr richtig fordert er Sauberkeit des Messers durch Eintauchen in kochendes Wasser mit etwas Sodazusatz; im übrigen steht er der Rasierstubenhygiene schon aus sozialen Erwägungen heraus skeptisch gegenüber. Buschke (18) spricht sich ähnlich aus und fordert zur Förderung der ganzen Pilzlehre in wissenschaftlicher und praktischer Beziehung die Zentralisierung aller einschlägiger Bestrebungen in ein großes zentrales mykologisches, neu zu gründendes Forschungsinstitut. Chajes (25) wünscht, daß den Erkrankten auf öffentliche Kosten Gelegenheit geboten wird, auf ärztliche Vorschrift hin infektionsverdächtige Sachen sterilisieren zu lassen und daß verdächtige Tiere behördlicherseits kostenlos auf Pilzerkrankungen untersucht würden. Das Bedürfnis nach besonderen Rasierstuben wird von Bruhns (16) besonders unterstrichen. J. Heller (42) hält mit Recht die „aseptische" Barbierstube für eine Utopie und hält eine erhöhte Preisfestsetzung der Barbierrechnung bei Benutzung der Instrumente des Geschäftes für das beste Erziehungsmittel des Publikums. Mense (67) weist auf die Zunahme der Tiertrichophytien hin, seitdem an Stelle der Stallfütterung der Weidegang getreten ist. Philip (81) hat in Hamburg das Verbot für die Friseure, einen auf Bartflechte Verdächtigen zu bedienen, durchgesetzt. Jadassohn (46) wünscht prophylaktisch eine Untersuchung der vom Lande in die Städte zurückkehrenden Kinder auf Tierpilzerkrankungen. Auch Schütz (102) glossiert mit Recht das Verlangen nach einem Arbeiten der Friseure im Sinne chirurgischer Asepsis; eine Scheindesinfektion aber bezeichnet er als ein gefährliches Einschläferungsmittel gegenüber der Wachsamkeit, welche die Epidemie erfordert. Bedeutsam ist der Befund von Kister und Delbanco (54), welche von 121 Papiergeldscheinen in 26 Fällen pilzverdächtige Kolonien züchteten.

V. Therapie.

Nach Erschließung zahlreicher Beziehungen der Hautpilze und ihrer Endotoxine zu dem jeweiligen Gelände ergab sich die Frage, inwieweit daraus eine wirksame spezifische Therapie abgeleitet werden könnte. Eine solche war schon in der von Neißer und Plato inaugurierten Trichophytin-Anwendung gegeben. Nachdem beim Trichophytiker vom Höhestadium der Erkrankung an nicht nur das Bestehen einer histogenen Allergie, sondern auch eine allgemeine Reaktion annehmbar ist, wird bei Zuführung spezifischen Mykins eine Steigerung beider Komponenten der spezifischen Überempfindlichkeit eintreten und die in ihr verkörperte Heiltendenz gefördert werden. Je höher diese Steigerung, um so erfolgreicher die Wirkung hinsichtlich der Pilzabtötung; ihre natürliche Grenze findet dieses therapeutische Verfahren nur in einer dem Gesamtorganismus bedrohlich werdenden Zustandsänderung. Die *Trichophytin-Behandlung* bietet weitgehende Analogie mit der Tuberkulinbehandlung, ja sie ist nach Blochs (9) Meinung dieser überlegen; sie ist nach diesem Autor völlig gefahrlos, da ja Verschleppung und Mobilisierung lebender Keime aus dem Krankheitsherd nicht in Betracht kommen, sie stellt nach seiner Meinung zur Zeit das einfachste, rascheste und sicherste Verfahren zur Heilung der gesamten Dermatomykosen, insbesondere der tieferen Formen, dar, allerdings in Verbindung mit lokalen feuchten Verbänden. Vollständig versagt diese spezifische Therapie bei jenen Dermatomykosen, welche oberflächlich mit minimalen oder fehlenden Entzündungserscheinungen lange bestehen, so daß es zu keiner Wechselwirkung zwischen Parasit und Wirt kommt — bei der humanen Trichophytie — Favus- und Mikrosporie-Gruppe. Bei der Massenhaftigkeit der dabei vorhandenen Pilze vermag nur eine Umstimmung des Nährbodens, wie sie die Pubertät mit sich bringt oder mechanische Pilzentfernung durch Radioepilation Heilung herbeizuführen. Wenn Chrysarobin in solchen Fällen wirkt, so geschieht es nur durch Steigerung oder Mobilisierung einer mehr oder weniger deutlich vorhandenen allergischen Entzündung.

Zurückhaltender äußert sich Jadassohn (46) über die Wirksamkeit der Trichophytine, wenn er die dadurch erzielten Heilresultate „nicht besonders hervorragend" nennt. Auch Buschke (18, 20) mißt der Trichophytintherapie keinen großen Wert bei angesichts der schweren Allgemeinreaktion und wegen der inkonstanten Heileffekte. Jessner (47) wiederum erblickt in der Trichophytinbehandlung — intramuskulär 0,2—1,0 — ein hoch zu bewertendes praktisches Ergebnis theoretischen Forschens.

Über günstige Erfahrungen berichtet neuerlich Bruck (15). Derselbe injiziert bei umschriebenen Herden direkt unter diese subkutan, bei diffuseren Formen intramuskulär 0,1—0,2—0,5 seines Trichon benannten polyvalenten Trichophytins. Nach starker Lokalreaktion schnelle Rückbildung der kranken Herde. Doch scheint auch Bruck der feuchten Verbände nicht ganz entraten zu können. Auch Scholtz (100) verwendete mit gutem Erfolg ein von ihm zusammengesetztes Trichophytin, und zwar erwies sich ihm intradermale Einspritzung in Verdünnung von 1 : 100—1 : 10 am erfolgreichsten; pro dosi 0,1 wird an 3—4 Stellen des Oberarms eingespritzt und je nach der Reaktion werden alle 3—5 Tage steigend die Injektionen wiederholt. Die Behandlungsdauer wurde um ein Drittel der Zeit abgekürzt, auch hier im allgemeinen unter Zuhilfenahme lokaler Therapie. Die Behandlung soll frei von unangenehmen Nebenwirkungen sein.

Nach der Aussprache auf der außerordentlichen Kriegstagung der Dermatologen im März 1918 zu Berlin stellte Buschke (20) fest, daß nicht allzuviel Meinung für den therapeutischen Effekt der Vakzine zutage getreten sei; auf dem Kriegsärztlichen Abend zu Berlin (19) wurde bei akut eiternden Formen gute Wirkung den Trichophytinen zugeschrieben.

Zunächst sei noch im Anschluß an die spezifischen Trichophytinimpfungen der Anwendung des *Leukogens* gedacht, welches von Loeb (5) als „ein Spezifikum gegen Sycosis parasitaria profunda" bezeichnet wird. In etwa 20 Fällen bewährte sich diese Vakzine und die guten Heilresultate veranlassen den Autor zu der gewagten Behauptung, daß der Staphylokokkeninfektion eine Hauptrolle in der Entstehung der Sykosis zufalle und daß durch Beseitigung jener der immunisierenden Umstimmung der Trichophytie als solcher der Weg frei stehe. Aber auch bei oberflächlichen Mykosen (Eczema marginat. u. a.) glaubt der Autor

Erfolge gesehen zu haben. Die Injektionen wurden intramuskulär, subkutan, auch intravenös ausgeführt.

E. F. Müller (73) versuchte den Reiz auf die immunisierenden Vorgänge im Organismus nicht über den Herd, sondern unmittelbar zu erreichen. Dazu benutzte er ein aus Kuhmilch hergestelltes Präparat, das *Aolan,* das bei noch anderweit bestehenden infektiösen Herden, z. B. Tuberkulose, kontraindiziert ist. Zur ersten Injektion werden 8—10 ccm verwendet, worauf nach wenigen Stunden deutliche Herdreaktion und nach wenigen Tagen ein Anstieg der Blutleukozyten auf 30 000 und mehr eintreten. Daraufhin deutliche Involution des Krankheitsherdes. Erneute Injektion erst nach Abnehmen oder bei gleichbleibender Zahl der Blutleukozyten zur Vermeidung anaphylaktischen Schocks. Strenge Bettruhe erforderlich. In etwa 80 Fällen schwerer Trichophytieerkrankung wurde in 2—3 Wochen vollständige Heilung erzielt. Keine Lokalbehandlung nebenbei.

Besondere Aufmerksamkeit haben die in jüngster Zeit von Klingmüller (55) empfohlenen *Terpentin-Injektionen* bei Trichophytie erregt. Nachdem erst Krotonöl mit gutem Erfolge verwendet war, wurde wegen dessen starker örtlicher Reizungen gereinigtes Terpentin in 20—40proz. Ölverdünnung angewandt; pro dosi 0,1,—0,2; mehr als 4 Spritzen wurden nicht gegeben, meist mit 3—5tägigen Zwischenpausen. Ort der Einspritzung: intraglutäal bis tief auf die Beckenschaufel. Weder Fieber noch örtliche Reizwirkung sind erforderlich, um vollen Erfolg zu erreichen. Die Wirkung ist keine im strengen Sinne spezifische, sondern erstreckt sich auf die durch Pilze verursachten Veränderungen im Blute und in den Geweben, indem das Terpentin oder ähnliche Mittel diejenigen Stoffe ablenken, welche die schädigenden Pilze an den Ort ihrer gewebsverändernden Wirkung herbeizuziehen imstande sind; im Grunde genommen: eine neue Auflage des alten Haarseils. In einer weiteren Mitteilung (56) wird als beste Dosierung 0,05 = 1/4 ccm einer 20proz. Lösung von Terpentinolivenöl angegeben und gesagt, daß alle oberflächlichen und tiefen Trichophytien ausschließlich mit diesen Einspritzungen geheilt werden.

Einen warmen Fürsprecher findet dieses Verfahren in F. X. Müller (74), welcher 1,0—2,5 ccm einer 20proz. Terpentin-Paraffin-Öl-Mischung einspritzte, einmal eine Gangräneszierung dadurch am Ort der Injektion erlebte, im übrigen glänzende Heilwirkungen erzielt hat, ohne allerdings immer von lokaler Behandlung dabei abgesehen zu haben[1]). Ähnlich äußert sich Zweig (113).

Sind schon bei der auf *biologischer Basis* aufgebauten Therapie die Meinungen auseinandergehend, so ist es geradezu betrüblich zu sehen, welche gegensätzliche Meinungen über Wert und Unwert der im wesentlichen *empirischen Behandlungsverfahren* geäußert werden. Freilich lockt die derzeitige Häufigkeit der Dermatomykosen vielfach zur Mitteilung von Erfahrungen, ohne daß wohl immer die grundlegenden Kenntnisse der klinischen Verlaufsarten und der therapeutischen Beeinflußbarkeit dieser Erkrankungen vorhanden sind. Außerdem ist oft die Freude an einem wirksamen Heilverfahren so groß, daß nur dieser Methode Raum gegönnt wird und andere Behandlungsarten kurzweg als minderwertig abgetan werden; sicherlich hat daher Alexander (2) recht, wenn er sagt: „Viele Wege führen nach Rom, . . . und man soll sich hüten, die eine Methode zugunsten der anderen so absolut zu verwerfen, wie dies von manchen Seiten geschehen ist.“

Je nachdem es sich um oberflächliche oder tiefgreifende Formen handelt, ob das Leiden an behaarter oder unbehaarter Stelle in Erscheinung getreten ist, ergeben sich verschiedene Heilverfahren, wenn dieselben auch gerade nicht grundsätzlich voneinander verschieden zu sein brauchen.

Stößt ja doch schon die klinische Entscheidung, ob es sich um oberflächliche oder tiefe Trichophytie handele, auf Schwierigkeiten. Bruhns (16) wie Alexander (2) sind der Meinung, daß fast alle in der Bartgegend sich abspielenden Formen als tiefe zu betrachten sind und daß demgemäß ihre Heilung durch Jodtinktur oder Salben nur scheinbar sei, wenn nicht für Entfernung der infizierten Haare Sorge getragen werde. Bruhns tritt mit aller Entschiedenheit für Epilation mittels *Röntgenbestrahlung* ein — bei tiefen wie bei sog. oberflächlichen Formen — und auch Alexander gibt zur Enthaarung bei 1 mm Aluminiumfilter 2 Erythemdosen = 1 Volldosis in einer Sitzung und hat dadurch stets eine gefahrlose Epilation erreicht — nach 2—3 Wochen. Dadurch wird eine bequeme Nachbehandlung ermöglicht und Rezidiven tunlichst vorgebeugt.

J. Heller (42) fürchtet unangenehme Folgen und Reizungen nach Röntgenbehandlung, andererseits blieben bei vorsichtiger Dosierung nennenswerte Erfolge aus. Dem widerspricht Alexander (2).

F. M. Meyer (69) fordert eine genaue Technik der Röntgenbestrahlung, um Nebenwirkungen zu vermeiden und guten Erfolg zu erzielen. Vor allem sind harte Strahlen am Platze, da ihnen gegenüber Haare und Nägel eine besonders hohe Radiosensibilität besitzen. Es werden im ganzen 3 Sitzungen mit achttägigen Pausen verordnet und jedesmal eine Volldosis gegeben, das erste Mal mit 1 mm, das zweite Mal mit 2 mm und das dritte Mal mit 3 mm Filterung bei primärer Härte von 12 Wehnelt. Infiltrate gehen darunter prompt zurück, Inzisionen werden unnötig, gleichwohl handelt es sich nicht etwa um spezifische Wirkung der Röntgenstrahlen; die Haare fallen aus, ihr Ersatz später ist ungewiß. Heiße Packungen, sowie jede stark irritierende medikamentöse Behandlung unterbleibt zweckmäßigerweise bei der Strahlenbehandlung. Bei oberflächlicher Trichophytie ist die Röntgenbehandlung in ihrer Wirkung noch nicht sicher erwiesen; manchmal wirkt dabei durch Blauscheiben filtriertes Quarzlicht erfolgreich.

Demgegenüber glaubt Buschke (18, 21) sowohl bei oberflächlichen wie tiefen Formen Röntgenanwendung empfehlen zu sollen; er behandelt sowohl mit weichen als auch mit filtrierten teils weichen, teils harten Strahlen und vermeidet nebenbei nicht die Anwendung lokaler Hitze in jeder Form.

Chajes (24) dosiert die Röntgenbehandlung in der Weise, daß er bei oberflächlicher Kopftrichophytie (Mikrosporie usw.) und bei oberflächlicher Barttrichophytie vorsichtige Anwendung dieses Verfahrens anempfiehlt, bei Kerion Celsi, Nageltrichophytie und Favus dasselbe für indiziert und bei allen tiefen Sykosisformen für unentbehrlich erklärt.

Jadassohn (46) verwendet zur Epilation bei der glatten Kindertrichophytie, bei der Mikrosporie und bei der tiefen Barttrichophytie das Röntgenverfahren. Für diese Behandlung erklären sich im gleichen oder ähnlichen Sinne Jessner (47), Lewandowsky (58), Mackee und Remer (65). Gegen Röntgenbehandlung bei entzündlichen Formen spricht sich Plaut (84) aus, bei oberflächlichen Formen widerrät sie W. Fischer (33), auch Arning (4).

[1]) Ich selbst verfüge über etwa 100 Fälle von Trichophytien und einigen anderen akut entzündlichen Dermatosen, bei denen 0,3 eines 20proz. Terpentinöls — im ganzen 5 Einspritzungen jedesmal — mit 3—4tägigen Zwischenpausen verabfolgt wurde. Ohne ein abschließendes Urteil abgeben zu wollen, kann ich nur sagen, daß meine — allerdings ohne jegliche lokale Behandlung erreichten Resultate keineswegs besonders günstig erscheinen in bezug auf schnellen Heilerfolg.

Daß auch künstliche Höhensonne gegen die Trichophytien in Anwendung gezogen wurde, kann nicht Wunder nehmen bei der weiten Indikationsstellung dieses Lichtmittels. Speziell bei der Epidermophytie will Schellenberg (99) davon gute Resultate gesehen haben.

Unter den *medikamentösen* Mitteln spielt mehr bei den oberflächlichen als bei den tiefen Trichophytien das *Jod* eine Hauptrolle. Mit welchem Recht, bleibe dahingestellt. Jessner (47) findet die Jodtinktur in ihrer Wirkung nicht konstant genug; Chajes (24, 26) empfiehlt bei Hauttrichophytie verdünnte Jodtinktur (10 : 30 Spirit.) und verwirft sie bei Sykosis; Lehmann (57) verwendet Jodspiritus zu gleichen Teilen; J. Heller (42) verordnet eine Mischung von Tinct. Jodi 5,0, Acid. salicyl. 5,0, Spirit. rectif. 40,0; Schütz (102) ätzt frische oberflächliche Formen mit Acid. carbolic., Chloraldehyd, Tinct. Jodi ana; Scholtz (100) reibt mit 10proz. (mit Alkohol-Äther verdünnter) Jodtinktur morgens und abends ab; Reynier (91) verwandte bei Mikrosporie neben Röntgen 20proz. alkoholische Jodtinktur, auch Salinger (98), Buschke (18), Bruhns (16), Plaut (85), E. Hoffmann (44), Galewsky (37) treten für Jodbehandlung ein — immer oberflächliche Formen vorausgesetzt. Auch in den Tropen gilt nach Heims (41) Mitteilungen Jod als wirksames Mittel gegen Tinea imbricata, circinata usw. Lewandowsky (58) hat die Jodtinktur durch die Arningsche Anthrarobin-Tumenoltinktur ersetzt; W. Fischer (33) hält Jodtinktur schon bei der geringsten Follikelentzündung für nicht mehr ausreichend.

Den innerlichen Jodkaligebrauch — und zwar bei den tiefen Formen — empfiehlt B. Bloch (9), ohne daß diese Therapie viel Aufnahme gefunden zu haben scheint; wir finden nur von Werdisheim (110) in einer kleinen Mitteilung solche Verordnung vermerkt.

Nächst dem *Jod* werden Schwefel, Chrysarobin, Tumenol, Quecksilber, Resorzin, Salizylsäure, Pyrogallol, Naphthol, Epikarin, Karbol, Thigenol, Ichthyol, neuerlich auch Zignolin u. a. m. teils an und für sich, teils in mannigfaltigster Kombination gegen oberflächliche und auch infiltrierende Formen der Trichophytie empfohlen; fast überall wird man dabei von dem Bestreben geleitet, gesteigerte entzündliche Reaktionen zu erzeugen, welche eine schnelle Eliminierung der Pilze herbeiführen sollen oder aber man erwartet dadurch eine gesteigerte Antikörperbildung im Sinne einer Unterstützung der Körperschutzstoffe. Arning (4) rühmt bei tiefen wie oberflächlichen Trichophytien energische Ätzungen mit konzentrierter Karbolsäure, bei den letzteren Formen trat abortive Beseitigung ein[1]). Chajes (26) rühmt einen Abschluß der oberflächlich erkrankten Hautpartien mittels *Sterilins,* dem am besten 3proz. Salizylsäure und Resorzin zugesetzt wird, als wirkungsvolles Heilverfahren. Sterilin ist eine Lösung von organischen Estern der Zellulose in Azeton. Richter (92, 93) hat von Kalipermanganat-Behandlung Gutes gesehen, Sachs (96) von der fettlosen Salbe Lotional bei tiefen Formen, namentlich in Verbindung mit Schwefel.

Erfreulicherweise hat die Forschung nach immer neuen Medikamenten namentlich in letzter Zeit der Einsicht Platz gemacht, daß man recht gute Erfolge durch *feuchte Wärme* insbesondere bei den tiefen Trichophytien erzielt. Diese Behandlung ist so überraschend günstig, daß die zu den Umschlägen verwendete essigsaure Tonerde oder das dazu benutzte Resorzin geradezu als spezifisch wirkende Mittel angesprochen worden sind. Ihre Wirksamkeit wird von Schütz (102), Heller (42), Alexander (2) ganz besonders betont. Doch werden auch Leinsamen, Breiumschläge, Diatomeenpanzerschlamm in Sublimat (Heller) ebenso gern benutzt. Es ist natürlich in erster Linie lediglich die Wärmezufuhr, welcher die Hauptwirkung innewohnt, wie dies u. a. auch die Verwendung der Elektrothermophore von Bruhns (5) beweist. Jedenfalls gelingt es dadurch, die oft massenhaften derben tiefgreifenden Infiltrate der Pilzflechten an behaarten Körperstellen zur Erweichung und Resorption zu bringen, so daß mit Recht von vielen Autoren hervorgehoben wird, wie außerordentlich selten dadurch operatives Vorgehen wird. Wenn daher Heller (42) eine weitgehende chirurgische Behandlung aller tieferen zirkumskripten Knotenbildungen vorschlägt, so dürfte dieses radikale Verfahren durch jene Maßnahmen leicht eine ebenso weitgehende Einschränkung erfahren können; dasselbe gilt hinsichtlich der von Jessner bevorzugten chirurgischen Behandlung der Sycosis nodosa (47). Es bedarf nur der zielbewußten anhaltenden Behandlung mit solchen Kataplasmen[1]).

Nicht unerhebliche Meinungsverschiedenheit besteht über den Wert oder Unwert des Rasierens. Dafür sprechen sich Alexander (2), Bruhns (16), Plaut (85) aus, dagegen Chajes (24), Lehmann (57), W. Fischer (33), Jessner (47), Schütz (102), Hoffmann (44), J. Heller (42) u. a. m. Die ersteren betonen namentlich die leichtere Anwendung und Einwirkung der Medikamente auf glattrasierter Haut, während die letzteren die Gefahr der Keimverschleppung für bedeutsamer halten. Solange hochgradige papillomatöse Wucherungen, siebartig durchbrochene eitrige Infiltrate und stark akut entzündliche Erscheinungen bestehen, wird sich ein Rasieren kaum durchführen lassen und kann auch als überflüssig erscheinen, da die Wärmeapplikation auch durch etwas längere Barthaare nicht gestört werden wird; bei flachen glatten Formen ist ein entzündlicher, durch das Rasieren bedingter geringer Reiz nicht zu fürchten, der ja erwünschte Anregung von Antikörperbildung herbeiführen könnte, wie ja auch die Wärmeapplikation in erster Linie in einer Steigerung der lokalen Abwehrmaßnahmen ihre hauptsächliche Wirkung entfalten dürfte.

So führt uns denn das *Ende* dieser Übersichtsbetrachtung der *Therapie der Trichophytien* auf deren *Ausgangspunkt* zurück. *Eine Beeinflussung der Geländebeschaffenheit anzustreben ist der Zweck der aktiven Immunisierungsmethoden, wie es der Zweck aller anderen verwendeten Heilmittel ist,* sofern man von symptomatischen Heilbestrebungen, z. B. Krustenerweichung, Epilation usw. absieht. Der Gedanke, die pathogenen Keime in loco abzutöten, findet kaum irgendwo noch Anklang; man ist sich bewußt, daß kein chemisches oder physikalisches Mittel die Pilze insgesamt zu töten vermag ohne Schädigung des lebenden Gewebes (E. F. Müller).

Im Sinne B. Blochs eine biologische Wechsel-

---

[1]) Die gute Wirkung solcher Ätzungen bei oberflächlichen Formen kann ich auf Grund eigener Erfahrungen durchaus bestätigen; noch sichereren Erfolg gab uns die Verwendung von *Trichloressigsäure,* der man im allgemeinen eine noch tiefergehende Ätzwirkung nachsagt.

[1]) Ich habe im Felde viele Hunderte von tiefen Trichophytien zu behandeln gehabt und ich habe stets durchaus gute und rasche Erfolge von einer systematisch und gewissenhaft durchgeführten Behandlung mit warmen feuchten Umschlägen gesehen; selbst hochgradige Infiltration geht darunter zurück; dabei braucht nicht einmal epiliert zu werden. Wenn es zu eitriger Einschmelzung gekommen ist, bedarf es natürlich der Inzision; doch bilden sich fluktuierende Abszedierungen nicht sehr oft aus.

wirkung zwischen Parasit und Wirt zu erzielen, muß das therapeutische Ziel bei den Formen von Trichophytie sein, welche am körperlichen Stoffwechsel nur noch gering sich beteiligen und nur unscheinbare entzündliche Erscheinungen darbieten, — es sind das die oberflächlichen, glatten Trichophytien, Mikrosporien u. dgl., soweit dieselben nicht eine restlose mechanisch-physikalische Eliminierung der Pilze zulassen; *bei den tiefen, stark entzündlichen und geschwulstartigen Formen aber den biologischen Vorgang der sich anbahnenden Allergisierung bzw. Immunität nicht durch unzweckmäßige therapeutische Eingriffe zu durchkreuzen, sondern lediglich durch fördernde Maßnahmen dem natürlichen Vorgang zu Hilfe zu kommen, scheint die besten Heilerfolge zu gewährleisten.*

B. Auszüge.

I. Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie.

1. Pathologisch-anatomische Untersuchungen über die Ödemkrankheit; von W. Hülse. (Wien. klin. Woch. 1918. Nr. 1. S. 7.)

H. ist durch Studium von reichlichem Material zu der Überzeugung gekommen, *daß zu den mit der Kriegskost zusammenhängenden Inanitionen, die für die Entstehung der Ödemkrankheit verantwortlich gemacht werden, noch besondere, auf die Protoplasmabestände des Körpers konsumierend einwirkende Momente hinzukommen müssen.* H. sah die Ödemkrankheit jetzt bei der Kriegskost nach jedem geringfügigen Infekt entstehen, während unter normalen Ernährungsverhältnissen sehr schwer schädigende Momente wie Karzinom, Rekurrens, fortgeschrittene Tuberkulose und ähnliches vorliegen müssen, um so schweren Marasmus hervorzurufen.

Kadner (Dresden-Loschwitz).

2. Untersuchungen über alimentäres Fieber; von A. Hirsch und E. Newo. (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 36. H. 5. S. 341.)

Die Untersuchungen ergaben, daß das Molkenzuckerfieber nicht durch die Salze der Molke verursacht wird. Das Salzfieber ist eine Sache für sich. Es besteht eine grundsätzliche Trennung zwischen beiden Phänomenen und die gezwungene äußerst unwahrscheinliche Annahme der notwendigen „Entgiftung“ natürlicher Salzlösungen vor der Resorption wird beseitigt. Cordes (Berlin).

3. Über Veränderungen in der Hypophysis cerebri bei Kretinismus und Myxödem; von H. Eichhorst. (D. Arch. f. klin. Med. Bd. 124. S. 207. 1917.)

In Übereinstimmung mit der fast ausnahmslos gesetzmäßigen Beziehung von Hypophysenvergrößerung nach Schilddrüsenentfernung fand E. bei einem Fall von Myxödem und Kretinismus mit Hypoplasie der Schilddrüse eine sehr starke Umfangszunahme des vorderen drüsigen Lappens der Hypophyse. Diese war wohl anfangs eine reine Hyperplasie der Drüsenazini. Dazu gesellten sich entzündliche Veränderungen: Starke Hyperämie, Blutungen und Bindegewebswucherungen mit Druckatrophie des Drüsengewebes. Innerhalb des gewucherten Bindegewebes bildeten sich dann zwei Nekroseherde aus. Am intermediären und neurophysären Abschnitte der Hypophyse ließen sich keine krankhaften Veränderungen erkennen. E. referiert die Fälle von Grón, Ponfick und Hunt, bei denen ähnliche Veränderungen der Hypophyse beobachtet waren. E. deutet die Beobachtungen in dem Sinne, daß die Veränderungen in der Schilddrüse, welche zum Myxödem führten, eine gesteigerte Tätigkeit und Hyperplasie des Hypophysenvorderlappens hervorrufen; dazu geselle sich dann eine starke Hyperämie der Drüse mit Neigung zu Blutungen. An den Drüsenzellen komme es teils zu Vergrößerung und Kolloidentartung teils zu Untergang der chromophilen Zellen und Ersatz durch Zellen, welche Hauptzellen gleichen. Schließlich können sich Bindegewebswucherungen mit Nekroseherden hinzugesellen und eine Atrophie der Hypophyse bedingen.

Kankeleit (München).

4. Über Kollargolanaphylaxie und ihre Bedeutung für die menschliche Anaphylaxie; von A. Böttner. (D. Arch. f. klin. Med. Bd. 125. S. 1. 1918.)

Mit Kollargol-Heyden (75% Silber, 25% Eiweißkörper) läßt sich sowohl aktive, wie auch passive Anaphylaxie beim Meerschweinchen erzeugen. Der beim Kollargol als Schutzkolloid zugefügte Eiweißkörper ist hierfür verantwortlich zu machen. Die nach Überstehen eines Schocks auftretende Antianaphylaxie ist nur eine bedingte. Beim Menschen sind trotz außerordentlich umfangreicher therapeutischer Verwendung von Kollargol-Heyden und selbst bei intravenösen Kollargolinjektionen im typischen Zeitintervall anaphylaktische Zustände nicht bekannt. Dieses differente Verhalten von Mensch und Tier berechtigt zu der Annahme, daß es auch bei der übrigen Eiweißkörpertherapie unter Einhalten entsprechender Vorsichtsmaßregeln (Abschwächung den Antigens, Beachtung von spezifischer Eiweißidiosynkrasie usw.) gelingen muß, das Auftreten anaphylaktischer Zustände zu vermeiden. Menschen mit Basedowscher Krankheit, wie vielleicht auch solche mit Störung der inneren Sekretion und labilem Nervensystem überhaupt, scheinen bei wiederholter parenteraler Eiweißkörperzufuhr zum Auftreten anaphylaktischer Erscheinungen disponiert zu sein. Kankeleit (München).

5. Zur pathologischen Anatomie des Fleckfiebers. *I. Die makroskopische Diagnosefeststellung;* von R. Jaffé. (Med. Klin. 1918. Nr. 9. S. 210.)

Die Zusammenstellung ergibt, daß es irgendein absolut sicheres diagnostisches Merkmal makroskopisch nicht gibt, daß immerhin aber eine Anzahl der aufgezählten Merkmale zusammen auftretend die Diagnose Fleckfieber nahelegt. Cordes (Berlin).

6. Über Geräusche bei Aneurysmen und bei Pseudoaneurysmen; von C. Franz. (Zentralbl. f. Chir. 1918. Nr. 5. S. 66.)

Das alte Wahlsche Gesetz, daß die Verletzungen der Arterie ein diskontinuierliches systolisches, Verletzungen von Arterie und Vene ein kontinuierliches, nur systolisch verstärktes Geräusch aufweisen, ist durch die Erfahrungen dieses Krieges ins Wanken gekommen. Durch Tierversuche konnte einwandfrei bewiesen werden, daß das kontinuierliche Geräusch nicht, wie man früher annahm, durch den Zusammenprall von arteriellem und venösem Blut entsteht, sondern auf dem freien Abfluß des arteriellen Blutes in das zentrale Venenende beruht. Dasselbe Gesetz zeigte sich für das Symptom des fühlbaren Schwirrens. Es entsteht durch der Gefäßwand übermittelte Oszillationen allein im arteriellen Blute und ist bei Operationen auch bei großen unverletzten Arterien fühlbar für den unmittelbar aufgelegten Finger. Durch die Haut ist es aber nur zu fühlen, wenn das arterielle Blut ungehindert in das weitere zentrale Lumen der betr. Vene abströmen kann. Der Aufprall auf das venöse Blut im peripheren Venenende hat damit nichts zu tun. „Still gewordene" oder „stille" Aneurysmen soll man nicht operieren, da sie sich in einem Stadium der natürlichen Heilung befinden, das man nicht stören soll. Sogar eine große pulsierende Geschwulst spricht nicht unbedingt dagegen, da es sich um mitgeteilte Pulsation handeln kann. Die Indikation für die Operation ist allein durch das Geräusch gegeben. Einer endgültigen Heilung der still gewordenen Hämatome steht Fr. skeptisch gegenüber.

Wagner (Leipzig).

7. Über die die Phagozytose befördernde bzw. vermindernde Wirkung von Substanzen; von J. de Haan. (D. med. Woch. 1918. Nr. 5. S. 130.)

Die Versuche ergaben, daß das Hamburgersche Verfahren für biologische Phagozytoseuntersuchungen vollkommen zuverläsisg ist und genaue Resultate liefert, welche durch die gewählte Zählmethode in keinerlei Weise ungünstig beeinflußt werden.

Kadner (Dresden-Loschwitz).

8. Ungewöhnlich große Gallenblase und Gallenstein; von G. v. Lobmayer. (D. Zeitschr. f. Chir. Bd. 142. Nr. 1 u. 2. S. 139. 1918.)

Die bei einer 40jähr. Frau entfernte Gallenblase war 24 cm lang, 9 cm breit und 8 cm hoch. Sie enthielt 500 ccm dickflüssige braungrüne Galle und einen eiförmigen, 70 mm langen, 36 mm breiten und 35 mm dicken Gallenstein, der im frischen Zustande 65 g wog. Glatter Heilungsverlauf. Die große Gallenblase hatte nicht die mindesten Unannehmlichkeiten verursacht, bis plötzlich ileusähnliche Erscheinungen auftraten.

Wagner (Leipzig).

9. Über Nephrose; von Th. Fahr. (D. Arch. f. klin. Med. Bd. 125. S. 66. 1918.)

Auf Grund eines größeren Materials widmet F. bei der Beschreibung der Histogenese dem Verhalten der Glomeruli besondere Aufmerksamkeit und nimmt zu der Frage Stellung, ob und inwieweit die Glomerulusveränderung Einfluß auf die Nephrose hat und in welchen Beziehungen sie zu degenerativen Prozessen an den Kanälchenepithelien steht. Weiterhin werden die Hauptsymptome der Nephrose den anatomischen Veränderungen in den Nieren gegenübergestellt. Die Kasuistik bezieht sich auf einfache Nephrosen und auf Amyloidnephrosen. Bei frischen Fällen von einfacher Nephrose sind die Veränderungen an den Glomeruli äußerst gering oder fehlen ganz. In der Hauptsache handelt es sich an den Glomerulis um degenerative Veränderungen im Sinne einer Hyalinisierung der Schlingen, die anfänglich gering ist, allmählich mehr und mehr fortschreitet und schließlich auch zu einer Verödung der Knäuel führen kann. Da die Prozesse am Glomerulus sich erst im weiteren Verlauf der Erkrankung zeigen, so sind die degenerativen Veränderungen an den Tubulis zweifellos unabhängig von der Glomerulusaffektion, sie sind koordininert, nicht subordiniert. Es handelt sich hier um einen Prozeß, der sich von der echten Langhansschen Glomerulonephritis prinzipiell unterscheidet. Bei der Amyloidnephrose bleiben trotz starker Amyloidose die Glomerulusschlingen noch auffallend lange gut bluthaltig.

Bei der Erklärung der Albuminurie durch die Alteration der Kanälchenepithelien betont F., daß die Durchlässigkeit der Nierenzelle für Eiweiß nicht eine besondere Eigenschaft der Nierenzelle sei, sondern bei degenerativ-entzündlichen Veränderungen irgendeines Gewebsabschnittes alle Körperzellen für Eiweiß durchlässig werden. Für die Entstehung des Hautödems bei der Nephrose spielt die Nierenveränderung sicherlich eine sehr wichtige Rolle, aber der renale Faktor an sich genügt nicht, ein extrarenales Moment — Kapillarschädigung (Cohnheim) — muß erst hinzukommen, um das Ödem auszulösen. Bei der Nephrose ist die Wasser- und Kochsalzausscheidungsfähigkeit nicht gestört. Diese Stoffe werden von den Geweben zurückgehalten und kommen gar nicht an die Niere heran. Zum Schluß kommt F. zu dem Problem der nephrotischen Schrumpfniere und beschreibt 5 Fälle von Amyloidschrumpfniere, die ein Pendant zu den nephrotischen Schrumpfnieren in seiner Monographie bilden. Die Verödung von Gewebe kommt primär im Anschluß an ein Zugrundegehen der Kanälchen zustande, sekundär im Anschluß an steckengebliebene Zylinder oder an verödete Glomeruli. F. erkennt in der Frage der Nierenschrumpfung die überragende Bedeutung der Glomerulusverödung rückhaltlos an und modifiziert damit seine in der Monographie niedergelegte Anschauung. Auf zwei Feststellungen in seinen Ausführungen weist F. besonders hin: 1. Die Charakterisierung der eigentümlichen, im Verlauf der Nephrose auftretenden Glomerulusveränderungen, die Analogie zur Amyloidose zeigen; 2. Die Erkenntnis, daß die Nephrosen auch ohne Ödem verlaufen und in ihren späteren Stadien zu Blutdrucksteigerung und Stickstoffretention führen können.

Kankeleit (München).

10. Über Beziehungen zwischen Splenomegalie und Leukopenie; von C. Schöne. (D. Arch. f. klin. Med. Bd. 125. S. 441. 1918.)

Das gleichzeitige Vorkommen von klinisch nachweisbarem Milztumor und Leukopenie wird außer bei Typhus abdominalis auch bisweilen bei Kala-Azar und bei Malaria beobachtet. Außerdem kommen diese beiden Symptome nach denen bei den nach Banti und Gaucher benannten Krankheitsgruppen vor. S. teilt 3 Fälle mit, die sich weder in die eine, noch in die andere der genannten Krankheitsgruppen einreihen lassen. Sie zeigten nach vorausgegangenen Blutverlusten dauernd geringe Verminderung des Hämoglobingehaltes, erhebliche Leukopenie und Milztumor. Ernstere Krankheitssymptome, die damit in Verbindung gebracht werden konnten, fehlten bei diesen Menschen. Es gelingt bisweilen bei Hunden im Anschluß an starke Blutentziehung, dauernd Leukopenie zu erzeugen bei normaler oder etwas erhöhter Erythrozytenzahl und geringer Hämoglobinverminderung. Welche Rolle der Milztumor bei dem beschriebenen klinischen Symptomenkomplex spielt, kann noch nicht gesagt werden.

Kankeleit (München).

11. **Ausgedehnte hämorrhagische Pankreasnekrose und Diabetes mit Azidose;** von Caro und Winkler. (D. Arch. f. klin. Med. Bd. 125. S. 147. 1918.)

Mitteilung der Krankengeschichte und des anatomischen Befundes bei einem sehr akut verlaufenen Fall von Pankreasnekrose. 2 Jahre vor der letzten akuten Erkrankung mehrmals Anfälle von kolikartigen Schmerzen, die meistens als Gallensteinkolik gedeutet wurden. Beim letzten dieser Anfälle ergab die Harnuntersuchung keine Glykosurie. Kurz vor dem Tode wurde Zucker (4,5%), Azeton und Azetessigsäure im Harn festgestellt. Der Stuhl gab eine positive Guajakprobe, er enthielt wenige Fettnadeln, keine Muskelfasern. Anatomisch fand sich eine ausgedehnte Hämorrhagie und Nekrose des Pankreas mit Fettnekrose des Omentum und Mesenterium, außerdem Milzhyperplasie und Blutung der Magenschleimhaut. Die Pankreasnekrose trat im Anschluß an eine Angina follicularis auf.

Kankeleit (München).

II. Pharmakologie (einschl. Pharmakotherapie) und Toxikologie.

12. **Chemotherapeutische Versuche mit Thymolpräparaten bei Mäusetyphus;** von H. Landau. (Münchn. med. Woch. 1918. Nr. 23. S. 613.)

Aus den an Mäusen angestellten Versuchen ergibt sich (im Gegensatz zu anderen Autoren) kein Anhaltspunkt für die Wirksamkeit einer Behandlung mit Thymolderivaten, wie Thymolpalmitin- oder Oleinsäureester, bei Typhus, Paratyphus und ähnlichen Krankheiten. Es gelang auch durch wiederholte perorale Einverleibung nicht, die infizierten Versuchstiere vom Typhustode zu retten.

Bachem (Bonn).

13. **Die therapeutische Verwendbarkeit der Brenzkatechinmonoazetsäure und ihrer Verbindungen;** von H. Boruttau. (D. med. Woch. 1918. Nr. 9. S. 240.)

Die Brenzkatechinmonoazetsäure steht chemisch dem Guajakol nahe (statt eines H-Atoms in CH_3 steht die Karboxylgruppe). Ihr Natriumsalz, das Guajazetin, wurde bereits früher in der Phthisiotherapie benutzt. Nach den Versuchen B.s steht die Brenzkatechinmonoazetsäure pharmakologisch sowohl dem Guajakol, wie auch der Salizylsäure bzw. Azetylsalizylsäure nahe. Sie besitzt nur deren vorteilhaften, nicht die schädlichen Nebenwirkungen. Im Handel befinden sich das Kalksalz (Kalzibram), das in Gaben von 0,4—0,5 als Antipyretikum, Antiphlogistikum und Sedativum gedacht ist, sowie die Verbindung mit Diäthylbarbitursäure (Kombinal); in Gaben von 0,4 (eine Tablette) scheint dieses sich als Schlafmittel, besonders zur Bekämpfung der Schlaflosigkeit infolge von Erkrankungen der Atmungsorgane zu bewähren. Vielleicht wirkt der Kalziumgehalt dem währen. Vielleicht wirkt der Kalziumgehalt dem Auftreten von Exanthemen entgegen. (Ref. kann die Brauchbarkeit des Kombinals bestätigen.)

Bachem (Bonn).

14. **Ein Lokalanästhetikum von ungewöhnlicher Wirkungsdauer;** von Dumont. (Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte 1918. Nr. 14. S. 435.)

Als ein ideales Lokalanästhetikum, besonders für Operationen am Rektum, empfiehlt D. das von Saphir (New York) unlängst eingeführte Harnstoff-Chinin, eine Verbindung von Chinin mit salzsaurem Harnstoff. Das Präparat bildet weiße, in Wasser lösliche Prismen, die nicht hygroskopisch sind. Die Lösungen schmecken äußerst bitter und reagieren sauer. — Subkutan injiziert, reizt das Präparat nicht und erzeugt lokale Anästhesie, die je nach der Stärke der angewandten Lösung 3—10 Tage dauert. Die $^1/_2$—1proz. Lösung gibt vollständige und sofortige Anästhesie ohne Schmerz bei der Injektion. Jedoch soll nach dem Vorschlage S.s nie eine stärkere als $^1/_3$—$^1/_2$proz. Lösung angewendet werden. Das Mittel ist, selbst in relativ großen Dosen, ungiftig. Es wirkt auch als Hämostatikum und vermindert so die Gefahr einer Nachblutung. Ein äußerlicher Vorteil ist noch der, daß es leicht sterilisierbar ist. — Das Präparat hat sich nach Saphir in über 2000 Fällen angeblich ausgezeichnet bewährt.

Bachem (Bonn).

15. **Über die Anwendung von Glykomekon in der Praxis;** von T. Schergoff (Ther. d. Gegenw. 1918. S. 223.)

Glykomekon — eine Vereinigung der früher unter dem Namen Glykopon und Laudopan hergestellten Präparate — bildet ein Opiumpräparat, das die Haupt- und Nebenalkaloide angeblich in rationellem und konstantem Verhältnis enthält. Die Opiumbasen sind an Mekonsäure und Glyzerinphosphorsäure gebunden. Das Präparat ist in Wasser gut löslich und kann innerlich gegeben wie auch subkutan injiziert werden, ohne lokale Reizerscheinungen zu veranlassen. Die mitgeteilten klinischen Versuche als schlafmachendes und schmerzstillendes Mittel waren günstig. Nebenwirkungen traten weder beim Menschen, noch in Tierversuchen auf. — Man injiziere 1 ccm (leider ist der Gehalt an wirksamer Substanz in 1 ccm von Sch. nicht angegeben).

Bachem (Bonn).

16. **Erfahrungen mit Optochin bei chirurgisch Erkrankten;** von H. Walther. (Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 30. S. 267. 1918.)

Die von W. beobachteten Fälle betrafen Lungenkomplikationen nach Narkose, Lungenentzündung während der Nachbehandlung chirurgisch Kranker und Pneumokokkenperitonitis. Nach W. ist das Optochin bei richtiger Dosierung ein harmloses, für den Chirurgen sehr erwünschtes Hilfsmittel im Kampfe gegen die Lungenentzündung nach Narkose. Es beseitigt diese gefürchtete Komplikation in den meisten Fällen, da es gleich bei den ersten Erscheinungen angewandt werden kann. Ebenso werden durch Optochin interkurrente Pneumonien rechtzeitig kupiert und ihrer Gefahren beraubt. Für die erfolgreiche Bekämpfung der Pneumokokkenperitonitis verspricht dagegen die innerliche Darreichung keinen Nutzen. Ob eine Bauchspülung mit Optochin berufen ist, in die Therapie eingeführt zu werden, bedarf nach W. weiterer Untersuchungen. — Eine tabellarische Übersicht über Dosierung, Alter, Tagesgaben usw. ist beigefügt: Erwachsenen gibt man 6mal 0,2, Kindern 4—6mal 0,02—0,05.

Bachem (Bonn).

17. **Über Digestomal;** von H. Gottgetreu. (Allg. med. Zentralztg. 1918. Nr. 10. S. 37.

Gegen Magenkrankheiten empfiehlt G. die unter dem Namen Digestomal in den Handel kommende Mischung von Fol. Coca, Cortex. Chinae, Cortex Condurango, Rhiz. Rhei in Malaga gelöst, ferner Coca-

Pepsin (eine lösliche Doppelverbindung [?] in Gegenwart von Salzsäure) und Natrium-Kalziumglyzerophosphat; außer diesem Elixir werden auch Tabletten folgender Zusammensetzung hergestellt: 0,25 g Coca-Pepsin und Pankreatin, 0,15 g aromatische Bitterstoffe und 0,1 g phosphor- und lithiumhaltige Nährsalze. Bei Hyperazidität sind die salzsäurefreien Tabletten anzuwenden. Bei Magenkrankheiten und Appetitlosigkeit gibt man in der Regel täglich 3 Tabletten, und zwar eine vor dem Essen, 2 nach dem Essen; Kindern die Hälfte.

Bachem (Bonn).

18. **Ist die perorale Darreichung von Nebennieren-Präparaten sinnvoll?** von S. Löwe. (Therap. Monatsh. 1918. Nr. 3. S. 89.)

Die Adrenalinwirksamkeit bei der Zufuhr auf verschiedenen Wegen wurde mittels eines besonderen Verfahrens geprüft: Man bestimmt die Durchlässigkeit der Ziliargefäße des Auges für einen stark färbenden Stoff, am besten Fluoreszin. Die Wirksamkeit des in den Kreislauf gelangten Adrenalins tritt in einer Verzögerung der Farbstoffausscheidung in die vordere Augenkammer zutage. Zur Erregung der künstlichen Entzündung eines Gefäßgebietes eignen sich Höllensteinätzungen. Während nun bei Kaninchen bei subkutaner und intravenöser Darreichung 1/2 mg Suprarenin in 1prom. Lösung bereits die tödliche Grenzdosis darstellen und starke gefäßverengernde und entzündungswidrige Wirkungen hervorrufen, sind sogar 40 ccm der üblichen Stammlösung, also 40 mg Suprarenin bei der Schlundsondendarreichung unwirksam. Beim Menschen würde also als minimale Einzeldosis eine perorale Darreichung von mindestens 1 g Suprarenin (= 1 L der handelsüblichen Stammlösung) in Frage kommen. Diese Einzelgabe, deren Kosten sich auf etwa 120 Mk. (!) stellen, wäre etwa stündlich zu wiederholen. Aber selbst dann wäre ein Erfolg nur recht zweifelhaft. — Die perorale Darreichung einiger Tropfen der 1prom. Suprareninlösung ist also vollkommen sinnlos.

Bachem (Bonn).

19. **Über die Anwendung und Wirkung des Chlorkalziums beim Menschen;** von O. Adler und L. Pollak. (Wien. klin. Woch. 1918. Nr. 26. S. 722.)

Es wurden hauptsächlich die Wirkungen intravenöser Chlorkalziuminjektionen beim Menschen studiert, die mit 1,5proz. (kristallwasserfreier) Chlorkalziumlösung angestellt wurden. Im ganzen kamen 50 Fälle zur Beobachtung. Die injizierte Menge schwankte zwischen 0,075 und 5,25 wasserfreies Chlorkalzium. Die Dauer betrug bis zu 28 Minuten. Die Pulszahl nahm deutlich ab, in 16% der Fälle wurde Arhythmie beobachtet. Am Schlusse der Injektion zeigte sich mitunter Kopfschmerz, Schwindel, Blässe des Gesichtes. Blutdruck und Atmung zeigten kein besonderes Abweichen von der Norm. Die Leukozytenzahl zeigte eine deutliche Abnahme, dagegen war die Viskosität des Blutes nicht verändert. Die Gerinnungszeit war in etwa der 50% der Fälle etwas verkürzt (die angewandte neue Methode zur Bestimmung der Gerinnungszeit wird sehr ausführlich beschrieben). Die Diurese war vermehrt, mitunter erheblich. In 28% der Fälle trat Temperatursteigerung mit oder ohne Schüttelfrost ein, im Maximum bis auf 40,8°. Die Pulsfrequenz entsprach dabei der Temperatursteigerung.

Bachem (Bonn).

20. **Therapeutische Erfahrungen mit Argochrom bei Infektionskrankheiten;** von S. Pollag. (Therap. d. Gegenw. 1918. S. 194.)

Mit intravenösen Injektionen von Argochrom, einer Verbindung von Methylenblaunitrat und Silbernitrat 20% Silber enthaltend) hat P. bei einer Reihe von Infektionskrankheiten günstige Erfolge erzielt. So erwies es sich als ausgezeichnetes symptomatisches Mittel in der *Typhus*behandlung; die Krankheitsdauer wurde verkürzt, Darmblutungen traten nicht auf. Schädigungen durch das Mittel konnten nicht beobachtet werden. In gleicher Weise wirkte es symptomatisch günstig bei septischer Angina, Diphtherie, Endokarditis, septischer Zystopyelitis, septischer Meningitis und Malaria. Hierzu kann bei reiner Bakteriämie (Sepsis) eine direkte spezifische Wirkung treten; eine solche darf nach der vorliegenden Literatur auch bei Gelenkrheumatismus und Puerperalfieber angenommen werden. Für die Injektion eignen sich Gaben von 0,2—0,4 in 10 bis 20 ccm Wasser; die Lösung soll klar sein.

Bakteriologische Versuche ergaben eine Entwicklungshemmung stark verdünnter Lösungen Diphtheriebazillen, Strepto- und Staphylokokken und Typhusbazillen gegenüber. Auch im bakteriologischen Desinfektionsversuch wurden Diphtheriebazillen und Streptokokken, weniger Typhusbazillen, von verdünnten Lösungen abgetötet.

Bachem (Bonn).

21. **Ein Fall von Dämmerzustand nach Neosalvarsan-Injektion;** von L. Sztanojevits. (D. Militärarzt 1918. Nr. 1. S. 13.)

Ein Arzt spritzte sich selbst wegen Malaria 0,45 g Neosalvarsan intravenös ein. Am folgenden Tage traten plötzlich Sinnestäuschungen, Illusionen mit Selbstbeschuldigung und triebhaften Handlungen auf bei gleichzeitiger Temperatursteigerung. Nachträglich bestand nur eine schleierhafte Erinnerung an das ganze Krankheitsbild, das als Dämmerzustand aufgefaßt werden muß. Am nächstfolgenden Tage war der Zustand wieder normal. Ob der Dämmerzustand auf das Fieber oder auf die toxische Wirkung des Neosalvarsans zurückzuführen ist, bleibt unentschieden. Potatorium kam nicht in Betracht.

Bachem (Bonn).

22. **Ein Fall von Perforationsperitonitis nach Tierkohlebehandlung;** von A. v. Winiwarter. (Wien. klin. Woch. 1918. Nr. 11. S. 298.)

Ein blutig-schleimiger Darmkatarrh, der klinisch als Dysenterie angesprochen wurde, konnte nach 10 Tagen mittels Seruminjektion und großen Dosen *Tierkohle* (mehrere Tage lang 3mal täglich 3 Eßlöffel) geheilt werden. In der 8. Woche traten plötzlich stürmische Erscheinungen einer Perforationsperitonitis ein, als deren Ursache sich bei der Operation ein Loch im Sigmoideum fand. Der Fall, der zur Vorsicht bei der Tierkohlebehandlung mahnt, ist offenbar so aufzufassen, daß durch die vergebliche Bemühung des Dickdarms, sich der Kohle zu entledigen, schließlich eine Muskelhypertrophie entstand und die jetzt erst recht kräftig gegen das rein mechanische Hindernis der Tierkohlenskybala ankämpfende Peristaltik an einem Locus minoris resistentiae, einem vernarbten Dickdarmgeschwür, eine Perforation erzeugt hat.

Einen ähnlichen Fall, in dem Bolus alba die Schuld des Hindernisses war, hat unlängst Bungart (D. med. Woch. 1917. S. 1528) veröffentlicht.

Bachem (Bonn).

23. **Über das Auftreten toxischer Kiefernekrosen infolge antiluetischer Behand-**

lung; von W. Schulze. (Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 30. S. 366. 1918.)

Während bei einer antiluetischen Behandlung mit Salvarsan Kiefernekrosen nicht vorzukommen scheinen, solche auch im Tierexperiment nicht bebeobachtet worden sind, konnten verschiedene Fälle beschrieben werden, in denen die Injektion grauen Öls bzw. Merzinols neben Stomatitis Kiefernekrosen hervorrief. In der Lesserschen Poliklinik wurden sogar Fälle von Quecksilbervergiftung beobachtet, wo zur Stomatitis rasch schwere Schädigungen des Verdauungs-, des uropoetischen und des Nervensystems hinzutraten, die in kurzer Zeit zum Tode führten. Bachem (Bonn).

24. **Über Dinitrobenzolvergiftung;** von O. Olsen. (Med. Klin. 1918. Nr. 24. S. 589.)

Hervortretende Erscheinungen der beschriebenen Fälle sind Blutveränderungen morphologischer und chemischer Art (Hämatinämie), Veränderungen der Erythrozytenresistenz gegenüber hypotonischer Kochsalzlösung, Ikterus (Hämatin + Bilirubin-Ikterus), Milz- und Leberschwellung, Urobilin- und Indikanurie. Symptome von seiten des Zentralnervensystems, der Verdauungsorgane und des Kreislaufsystems treten zurück oder bleiben nur angedeutet. Gegen die scheinbare Harmlosigkeit der Kreislaufschädigungen spricht indessen eine bei einem Falle beobachtete, bei scheinbar völlig wiederhergestellter Gesundheit plötzlich aufgetretene schwere Kreislaufschwäche. Der Befund von Doehleschen Leukozytenplasmakörperchen weist auf deren Entstehung durch Giftwirkung auf die weiße Blutzelle hin. Beziehungen zur perniziösen Anämie bestehen auf hämatologischem und pathologisch-anatomischem Gebiet. Auch das chemische Umwandlungsprodukt aus dem Hämoglobin — das Hämatin — ist bei der Dinitrobenzolvergiftung und der perniziösen Anämie das gleiche. Der Hämatingehalt des Blutes bedingt höchstwahrscheinlich die Erscheinung der Hyperchromie. Bachem (Bonn).

25. **Einiges über Kampfgasschädigung;** von E. Flusser. (Wien. klin. Woch. 1918. Nr. 15. S. 413.)

Während die bei Gasangriffen in der neunten Isonzoschlacht verwendeten Gase mehr oder weniger schwere katarrhalische Erscheinungen der Atmungsorgane hervorriefen und in schweren Fällen unter putrider Bronchitis und Lungengangrän zu Tode führten, zeigte sich bei den in der elften Isonzoschlacht durch Gasgranaten Beschädigten ein akutes vesikuläres Lungenemphysem mit Rarefikation der Alveolen. Das klinische Krankheitsbild war durch Atemnot und allgemeine venöse Stauung, im weiteren Verlaufe durch allgemeine Vergiftung und Koma gekennzeichnet. Die leichteren Fälle zeigten geringe katarrhalische Erscheinungen und regelmäßig Temperatursteigerungen. Die Behandlung ist rein symptomatisch. Sauerstoffeinatmungen wirken *schädigend* durch Reizung der frisch entzündeten feinsten Luftwege. Spätfolgen nach überstandener Gasvergiftung wurden nie beobachtet. Solche Angaben von Soldaten sind vorsichtig zu beurteilen. Bachem (Bonn).

26. **Wahrnehmungen bei Kampfgasvergiftungen;** von F. Böhm. (D. Militärarzt 1918. Nr. 16. S. 41.)

An österreichischen Soldaten konnte deutlich die Wirkung zweierlei feindlicher Kampfgase festgestellt werden: Die aus Gasgranaten stammenden Gemische bewirkten entweder *Atembeklemmung* (Dyspnöe) oder *Schleimhautreizung* (Stick- oder Reizgase). — Die Symptome bei der ersten Vergiftungsart bestehen in Druckgefühl auf der Brust, Lufthunger, Brennen in Augen und Rachen; dabei besteht starke Unruhe, das Bewußtsein ist bis kurz vor dem Tode erhalten, die Atmung ist krampfhaft, das Sputum rostfarbig, Haut und Schleimhäute zyanotisch, beschleunigte Herztätigkeit bei kleinem und weichem Puls; auskultatorisch findet sich an den unteren Lungenpartien kleinbasiges Rasseln. Während hierbei Atembeschwerden im Vordergrunde standen, überwog bei den Angriffen mit „Reizgas" Reizung der Konjunktiva und der Mund- und Rachenschleimhaut. Die Wirkung des Reizgases war viel milder, da die Erscheinungen schnell zurückgingen. Eine Schädigung des Herzens wurde nicht beobachtet. — Zur Behandlung bewährten sich am besten Sauerstoffinhalationen mit Alkoholdämpfen, daneben Aderlaß (300 ccm) und Kochsalzinfusion. Während Kampfer nur vorübergehende Wirkung hatte, erwies sich *Atropin* in etwa 3maligen stündlichen Gaben von 1 mg subkutan günstig.

Hunde und Katzen zeigten im Gas (in welchem, ist aus dem Original nicht ersichtlich, Ref.) große Unruhe ohne nachteilige Folgen. Von Pferden erlag jedoch ein Teil dem Gasangriff. Bachem (Bonn).

II. Innere Medizin.

27. **Neuere Anschauungen über das Wesen der Arteriosklerose und ihre Behandlung;** von Schlayer. (Württemb. Korr.-Bl. 1918. Nr. 12. S. 105; Nr. 13. S. 115.)

Nach einleitenden Vorbemerkungen über die pathologisch-anatomische Grundlage betont Sch., daß schon sehr frühzeitig im allgemeinen der Beginn der Arteriosklerose gefunden werden kann. Diese inaktiv zu nennende Arteriosklerose unterscheidet sich wesentlich in der Behandlung der aktiven. Während bei ersterer eine rege Tätigkeit in bestimmtem Rahmen nützlich ist, bedarf die letztere der Ruhe. Abfällig äußert sich Sch. über das Jodkali. Cordes (Berlin).

28. **Die diuretische Wirkung der Kriegskost;** von C. Feilchenfeld. (Med. Klin. 1918. Nr. 1. S. 13.)

F. betont die vielen Klagen über Steigerung der Diurese durch die Kriegskost, hat, wo es sich um häufige Störung der Nachtruhe handelt, mit gutem Erfolge 2mal täglich eine Pille von 0,002—0,004 Strychnin gegeben. Cordes (Berlin).

29. **Wüstensanatorium Bab el Wadi;** von L. Rabl. (Zeitschr. f. Balneol. 1917/18. Nr. 23/24. S. 147.)

Beschreibung des bekannten Wüstensanatoriums in der Nähe von Assuan (Ober-Ägypten). R. unterzog sich der Mühe, in den 4 Wintermonaten 1913/14 3mal täglich die relative Feuchtigkeit zu messen. Diese war meistens abends (8 Uhr) am geringsten und betrug alsdann manchmal nur 4°. Die hierdurch bedingte starke Wasserabgabe geschieht nicht, wie man bisher anzunehmen pflegte, durch die Schweißdrüsen, sondern durch die Lungen. Der südlich von Assuan liegende große Nilstaudamm hat auf die

relative Feuchtigkeit des Wüstensanatoriums keinen Einfluß. Auch maß R. die Tagestemperaturen. Die Tagesdauer ist im Dezember und Januar 10stündig, im Februar 12stündig, im November und März 13stündig. — Weiterhin werden genaue Angaben über die Ausführung der Sonnenbäder gemacht; der der trockene keimfreie Sand erlaubt auch die Anwendung von Sandbädern.

Zur Behandlung eignen sich chirurgische Tuberkulosen (Knochen- und Drüsentuberkulose) sowie Arthritiden. Durch das Wüstenklima werden ferner Katarrhe der oberen Luftwege und Bronchialasthma günstig beeinflußt; auch sekundäre Nierenerkrankungen (nach Infektionskrankheiten) kommen schneller zur Heilung; Wüstenklima soll auf parenchymatöse chronische Nephritis keinen heilenden Einfluß haben, interstitielle Nephritis bildet sogar eine Kontraindikation. Bachem (Bonn).

30. **Über den Ersatz einzelner Klimate durch andere auf Grund ihrer physiologischen Wirkungen;** von A. Loewy. (Zeitschr. f. Balneol. 1917/18. S. 18.)

Während wir in Deutschland nur wenige Kurorte mit subalpinem Klima (700—1000 m Höhe) haben, werden wir trefflich durch die österreichischen Klimate (Orte zwischen 1000 und 1600 m Höhe) ergänzt. Ferner hat Österreich ein wärmeres Seeklima als Deutschland. L. bespricht kurz die Charakteristika der Hauptklimate: das *Höhenklima* wirkt blutkörperchenbildend durch Reiz auf das Knochenmark sowie durch Ansatz von stickstoffhaltigem Material; auch zahlreiche andere Funktionen des Körpers werden gesteigert. Die Ursache hierfür liegt bekanntlich außer in der Luftverdünnung in der starken Belichtung. Statt der schweizerischen sollten einige österreichischen Kurorte in Zukunft zu Sommer- und Winterkuren herangezogen werden (Semmering, Grossensaß, Schmecks, Lengenfeld, St. Anton, Cortina d'Ampezzo, Madonna di Campiglio). — Von *Seeklimaten* haben warme Wintertemperaturen außer den südenglischen und den Kanalinseln, der Riviera usw. noch die österreichische Adriaküste mit den vorgelagerten Inseln: Abbazzia, Lesina, Lussin, Lissa. Sie bilden den Übergang zum warmen Seeklima mit hoher Feuchtigkeit, wie Algier, Korsika, Korfu, Madeira, kanarische Inseln usw. Statt ihrer ist in Zukunft die dalmatinische Küste aufzusuchen. — Im *Wüstenklima* wird nur die Wasserabgabe von der Haut, nicht die Salz- und N-Menge gesteigert, womit Nierenkranken geholfen ist. Die übrigen Vorzüge des Wüstenklimas (gleichmäßige Lufttemperatur, hohe Wintertemperatur usw.) finden sich z. B. auch an der Mittelmeerküste Spaniens. Als Ersatz für das trockene Klima Ägyptens sollen sich die türkischen Provinzen Asiens — jedoch nicht für den Winter — eignen. Bachem (Bonn).

31. **Beobachtung der Hautkapillaren und ihre klinische Bedeutung;** von E. Weiß. (Württemb. Korr.-Bl. 1918. Nr. 4. S. 27; Nr. 5. S. 37.)

Im Hinblick auf die Bedeutung der Kapillaren für den Kreislauf erscheint der Wunsch nach einer einfachen Methode der Kapillarbeobachtung begreiflich. W. bildete eine solche für die Kapillaren der Körperoberfläche, die allein in Betracht kommen können, aus. Bei mikroskopischer Betrachtung der Haut oder Schleimhaut unter kräftigem auffallendem Licht werden die oberflächlichen Gefäße dadurch sichtbar gemacht, daß die Haut durch Betupfen mit beliebigem Öl transparent gemacht wird. Die günstigste Stelle ist die nächste Umgebung des Nagelrandes, wo die absterbende Epidermisschicht unversehrt erhalten ist. Die Beobachtung erfolgt mit kleiner Vergrößerung. Es läßt sich Form und Anordnung der Schlingen und die in ihnen herrschende Strömung beobachten. Die betreffenden Gefäße sind echte Kapillarschlingen, wie man aus der Strömung erkennt, sowie aus dem Dickenunterschied zwischen dem etwas schmaleren arteriellen und dem venösen Schenkel, aus der Erweiterung des letzteren bei Stauungszuständen und der langsameren Bewegung in diesem. Der venöse Schenkel liegt oberflächlicher. — Es ist möglich, mit der Methode die *Insuffizienz des Kreislaufes zu prüfen*. Staut man rasch bis über Maximaldruck an, so hört bald die Strömung in den Kapillaren auf; läßt man den Druck langsam absinken, so kommt bei normalem Kreislauf die Strömung bei einer Druckhöhe wieder in Gang, die nur wenige Millimeter unter dem Maximaldruck liegt. Bei Kreislaufschwäche wird die Differenz zwischen Maximaldruck und Druck bei Wiederbeginn der Strömung um so größer, je stärker die Kreislaufinsuffizienz ausgesprochen ist. Beim Gesunden beträgt die Differenz etwa 5 mm Hg, beim Kranken 55—65 mm Hg. — Ausführliche Mitteilungen über die Verwertbarkeit der Methode für diagnostische Zwecke folgen. Kadner (Dresden-Loschwitz).

32. **Über Milchtherapie;** von H. Reiter. (D. med. Woch. 1918. Nr. 7. S. 175.)

R. sagt: „Auf schwankendem, unsicheren Grunde, unter Voraussetzungen, die keineswegs bewiesen waren, wurde ein Gebäude“ — die parenterale Milchtherapie — „errichtet, dessen Daseinsberechtigung bisher noch nicht erwiesen ist“. Gänzlich unbewiesen sei die Voraussetzung, daß viele Krankheiten durch *Fieber* günstig beeinflußt werden, und unbegründet die Forderung, zu versuchen, zu therapeutischen Zwecken Fieber zu erzeugen, wozu die Milch als ein jederzeit zur Verfügung stehendes Eiweißgemisch, für dessen gleichmäßige Herstellung der Tierorganismus als eine sehr verläßliche chemische Firma Garantien biete, ausgezeichnet geeignet sei. — Die Milchtherapie könne nicht in den Schatz unserer therapeutischen Hilfsmittel aufgenommen werden, so lange nicht auf der Basis exakter experimenteller Forschung der Beweis erbracht ist, daß die parenterale Einverleibung von Milch in protoplasma-aktivierendem Sinne wirksam sein kann, und bevor es nicht gelingt, für diese positive Wirkung bestimmte gesetzliche Prinzipien aufzudecken, die eine solche aktive Wirkung mit Sicherheit verbürgen. Es sei im Gegenteil davor zu warnen.

Kadner (Dresden-Loschwitz).

---

33. **Über die Häufigkeit der (inaktiven) Tuberkulose;** von E. Gyenes und R. Weißmann. (Wien. klin. Woch. 1919. Nr. 3. S. 74.)

G. u. W. machen darauf aufmerksam, daß sich *die Häufigkeit der inaktiven Tuberkulose mit Hilfe der Tuberkulinreaktion auch am Lebenden mit absoluter Genauigkeit ermitteln läßt,* und zwar unter Verwendung der von F. Hamburger ausgearbeiteten Methode der Stichreaktion. Die mit der Kutanreaktion gefundenen Zahlen seien viel zu niedrig. Von G. u. W. wurde nach folgender Methode gearbeitet: Anfangsdosis 1 mg Alttuberkulin (oder 1 cm^3 einer 100fachen Verdünnung in physiologischer Kochsalzlösung) subkutan an einem Vorderarm appliziert. Geachtet wurde nur auf lokale Reaktion, dem Injektionsdepot entsprechend. Bei negativer oder fraglicher Reaktion wurde nach einer Woche abermals 1 mg subkutan eingespritzt. Die meisten der primär Nega-

tiven reagierten nun wegen der einstweilen eingetretenen Sensibilisierung. Die nun abermals Negativen erhielten 24 Stunden später als 3. Injektion 10 mg subkutan. Die auch nach dieser Negativen erhielten nach einer Pause von 1 Woche wieder zuerst 1 mg (4. Injektion), wenn negativ oder fraglich 24 Stunden später 10 mg (5. Injektion), wenn negativ nach weiteren 24 Stunden 100 mg (6. Injektion). Die nun noch Negativen wurden als tuberkulosefrei angesehen. — Die große Mehrzahl der überhaupt Positiven reagierte schon auf die 1. Injektion, nur wenige erst auf die 2. bis 6. — Von 477 untersuchten Mannschaftspersonen reagierten auf diese Methodik nur 10 nicht. *98% waren schon tuberkulös infiziert.* Bei Einteilung nach dem Alter zeigte sich, daß von den 18—20 Jahre alten Individuen 91,5%, von den 21—25 Jahre alten 98,3%, von den 26—30 Jahre alten 98,6% reagierten. Von 31—40 Jahre alten Leuten waren 100% tuberkulös. Von der ländlichen Bevölkerung waren im Alter von 18—20 Jahren nicht so viele schon im Pubertätsalter angesteckt, als von der Wiener Bevölkerung. — Wenn Gesunde bzw. Leichtkranke, nicht Fiebernde zur Untersuchung herangezogen werden, erweise sich somit die *mathematische Genauigkeit der Tuberkulinstichreaktion.* Kadner (Dresden-Loschwitz).

34. **Zur Theorie der Wirkung der ultravioletten Strahlen bei Tuberkulose;** von H. Grau. (Münchn. med. Woch. 1917. Nr. 48. S. 1555.)

Gr. verwirft die Anschauung von Kisch, daß bei der Sonnenbestrahlung die Wärmestrahlenwirkung allein in Frage käme, daß also die Heliotherapie auf eine natürliche Hyperämiebehandlung hinauslaufe, und kommt auf Grund seiner klinischen Beobachtungen zu dem Schluß, daß die Bestrahlung mit der künstlichen Höhensonne eine direkte Reizwirkung auf den tuberkulösen Herd, offenbar auf dem Wege des Kreislaufs ausüben kann und daß dabei Herdreaktionen und Veränderungen im Immunitätszustande des Körpers entstehen können. Bei der Behandlung äußerer Tuberkulosen mag auch die Wärmehyperämie eine Rolle spielen.

Geppert (Hamburg-Eppendorf).

35. **Zur Tuberkulosebehandlung mit Partialantigenen nach Deycke-Much;** von Kwasek und Tancré. (D. med. Woch. 1918. Nr. 7. S. 169.)

Nach Anlegung der Intrakutanreaktion mit MTbR., bzw. A, F und N in den von Altstädt angegebenen Verdünnungen wurde der Intrakutantiter innerhalb 4—8 Tagen abgelesen und die Anfangsdosis für die therapeutischen Injektionen hiernach bestimmt. Die Injektionen wurden täglich, jedesmal um die Hälfte der vorhergehenden Dosis steigend, vorgenommen. Es wurde jedesmal, ohne dem Patienten Beschwerden zu verursachen, bis zur Stammlösungskonzentration vorgegangen, so daß die jeweilige Injektionsdauer, je nach Konzentrationshöhe der Anfangsdosis, 3—5 Wochen betrug. Wiederholungskuren, wenn nötig, nach 3wöchentlichen Pausen. Behandelt wurden 47 Lungentuberkulosen, 4 Urogenitaltuberkulosen, eine reine Drüsentuberkulose. Die Behandlung betrug durchschnittlich 6 Monate. — In 4 Fällen, darunter 2 offenen Tuberkulosen mit Fieber und Bazillenbefund, schwanden schon nach einer Injektionskur alle Krankheitssymptome. In einem Falle wurde die Injektionsserie 4mal wiederholt mit gleichem Ergebnis. Bei 5 Patienten mit positivem Bazillenbefund, fieberhaften Temperatursteigerungen, mäßig ausgedehnten Infiltrationsherden fiel in durchschnittlich 6monatlicher Behandlung das Fieber nach durchschnittlich einer Injektionskur; 2—6 kg Zunahme, stationärer Befund. Bei 3 Kranken wurde Absinken der Temperatur bei Gleichbleiben aller übrigen Symptome (schwere infiltrative Lungenprozesse) beobachtet. Das Körpergewicht blieb konstant. Ganz unbeeinflußt blieben 11 Fälle, die klinisch eine leichtere Krankheitsform zeigten als Gruppe 2 und 3, auch die Urogenitaltuberkulosen. 24 Patienten — leichteste Spitzenaffektionen bis zu schweren ausgebreiteten Lungenherden — blieben progredient. Die Drüsentuberkulose blieb unbeeinflußt. Andere Drüsen- und Larynxkomplikationen ebenfalls. In einigen Fällen schien die Behandlung einen blutungsbegünstigenden Einfluß zu haben. Von den 4 Heilungen wurden 3 mit einer einzigen Injektionskur erzielt und bei 3 mit MTbR. allein. — Eine maximale Reaktivität ist weder prognostisch noch im Sinne einer Heilung zu verwerten.

Kadner (Dresden-Loschwitz).

36. **Behandlung von Nieren- und Peritonealtuberkulose durch aktive Immunisierung nach Deycke-Much;** von S. Altstaedt. (Zeitschr. f. Tuberk. Bd. 28. H. 6. S. 369.)

Bei der Behandlung von Nieren- und Peritonealtuberkulose werden mit der Deycke-Muchschen Methode überraschend gute Erfolge erzielt. Von 16 schweren Fällen von *Nieren*tuberkulose wurden 9 vollständig geheilt, 5 gebessert und 2 nicht beeinflußt. Die Kur dauerte 4 Monate, und nach 8 Monaten nochmals 4 Wochen. Blutungen traten nur am Schluß der Behandlung bei Anwendung großer Dosen als Ausdruck einer Herdreaktion auf. Bei den 11 Fällen von *Peritoneal*tuberkulose besserte sich das Allgemeinbefinden wesentlich. Es trat Gewichtszunahme von 4,5—11,3 kg ein. Das Fieber verschwand meist innerhalb 14 Tagen. Bei 6 Fällen mit Exsudat verschwand der Aszites ohne Reaktion. Meist genügte eine Behandlungsdauer von 6 bis 8 Wochen. Fränkel (Heidelberg).

37. **Wert der Körperbewegung zur Diagnose von aktiven tuberkulösen Lungenaffektionen, insbesondere der Lungenspitzen;** von Sorge und Maendl. (Med. Klin. 1918. Nr. 10. S. 229.)

Bei der ersten Gruppe von zweifelhaften oder inaktiven Spitzenerkrankungen ergab die Bewegungsprüfung in 55% (18 von 33) der Fälle eine deutliche Herdreaktion. Zu der zweiten Gruppe gehören 27 Fälle mit stationär gewordenen, mehr oder weniger deutlichen, auskultatorischen Spitzenbefunden, von denen 21 (78%) ein positives Prüfungsresultat gaben. Die erste Prüfung besteht in einem Marsch von 3/4 Stunden auf ebenem Wege bei militärischem Marschtempo, die zweite in einem Marsch von 1 1/2 Stunden und die dritte in einem ebensolchen bei gleichzeitiger Steigerung. Die Methode hat sich als wertvolles und einfaches Mittel bewährt, um die Aktivität und Heilstättenbedürftigkeit bei klinisch unklaren Fällen zu entscheiden, und ein Urteil über den Grad der Ausheilung und Arbeitsfähigkeit bei stationär gewordenen oder scheinbar abgeheilten Fällen zu bekommen. Fränkel (Heidelberg).

38. **Die Behandlung lungenkranker Soldaten in klimatischen Kurorten und Heilanstalten;** von R. Bálint. (Wien. med. Woch. 1918. Nr. 6. S. 253.)

Obwohl die Gefahr der Tuberkuloseübertragung im Kriege nicht sehr bedeutungsvoll sei, berge die

Krankheit doch die große Bedeutung der Kriegsseuchen in sich, da die heimkehrenden kranken Soldaten eine Quelle der Ansteckung für die bürgerliche Bevölkerung werden können. Daß die Tuberkulosesterblichkeit unter den Städtebewohnern in Kriegsjahren und unmittelbar danach sich sehr erheblich steigert, dann aber rapid abfällt, komme nicht daher, daß zahlreiche Neuinfektionen stattgefunden haben, sondern daher, daß latente Prognose aktiviert wurden. Diese Wirkung des Krieges kann wegen Verminderung der Infektionsquellen eher als günstig aufgefaßt werden, wenn verhindert wird, daß die so aktiv gewordenen Fälle zu Quellen neuer Infektion werden: durch entsprechende Behandlung und andererseits durch Isolierung tuberkulöser Soldaten; dies wird sich danach richten, ob es sich um unheilbare oder heilbare Kranke handelt. Erstere müssen zeitlebens von der Familie ferngehalten werden (städtische Krankenhäuser, Baracken in der Nähe ihrer Familien). Letztere sind in Behandlung zu bringen, in klimatisch gut gelegene Heilanstalten, je nach Individualität, wo sie geeignete Ernährung, Beschäftigung und Belehrung über ihr Leiden erhalten können. Aus den Anstalten entlassen werden dürfen sie erst, wenn der Prozeß ein geschlossener geworden ist, gutartige Fälle auch, wenn es sich um genügend intelligente Leute handelt, um in der Anstalt Selbstdisziplin gelernt zu haben. Die geschlossenen Fälle sollten bis zum Aufhören der Aktivität in den Anstalten zurückgehalten werden. Frontdiensttauglich werden solche nur sehr selten. — Es sei zu bedenken, welche immense Bedeutung der richtigen Lösung dieser Fragen vom Gesichtspunkte der Ökonomie der Arbeitskraft der Länder zukommt. Sie sind auch vom Standpunkt der Invalidenfürsorge auf das Sorgfältigste zu beurteilen. — Von nicht tuberkulösen Lungenkrankheiten erwähnt B. die pleuritischen Exsudate, die besonders nach Lungenschüssen auftreten, meist mit Hämathorax, und gibt Fingerzeige für ihre Therapie.

Kadner (Dresden-Loschwitz).

---

39. **Über Skorbut;** von Tuchler. (Med. Klin. Nr. 4. S. 112.)

Vorläufige Mitteilung über eine größere Anzahl von Skorbutfällen mit mikroskopischen Befunden der Skorbutgeschwüre. Es handelt sich nach T. bei Skorbut wahrscheinilch um eine Infektionskrankheit, bei der schlechte und einseitige Ernährung, das Bewohnen dunkler feuchter Behausungen prädisponierend wirkt. Cordes (Berlin).

40. **Die Förderung der Röntgendiagnose des hochsitzenden Ulcus der kleinen Kurvatur durch Untersuchung in linker Seitenlage;** von E. Schlesinger. (Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. 1918. Nr. 25. S. 343.)

Die persistierende spastische Kontraktur der großen Kurvatur, eine der verläßlichsten und häufig auch einziges Anzeichen eines Ulcus der kleinen Kurvatur, kann bei hohem Sitz nach Auffüllung des Magens mit der Röntgenmahlzeit außerhalb des Kontrastschattens fallen und dadurch am Schirm und auf der Platte unsichtbar bleiben. Durch Lagerung auf die linke Seite und eine leichte Abwärtsneigung des Oberkörpers gelingt es, die Kontrastfüllung über die Sanduhrenge hinwegzuführen, diese in den Bereich des tiefen Schwermetallschattens einzulagern und dadurch zu plastischer Darstellung zu bringen. Die Diagnose des Ulcus kann dadurch eine auf keine andere Weise zu erbringende Förderung erfahren. Kautz (Hamburg).

41. **Über gehäuftes Auftreten von Achlorhydrie;** von v. F. Becher. (Wien. med. Woch. 1917. Nr. 51. S. 1615.)

Die Funktionsprüfungen wurden nach der Methode von Ehrmann vorgenommen (300 ccm 5% Alkohol + 0,15 g Natr. salicyl. — Ausheberung nach 20 Minuten). Es fanden sich auffallend viele Sub- und Anaziditäten, ohne daß sich eine einheitliche Ursache feststellen ließ; es kommen vielmehr mehrere ätiologische Momente in Frage: psychische Einflüsse, Gastritis infolge wahllos zugeführter Nahrung, Aufnahme zu geringer Nahrungsmengen und reizloser Speisen (Ausfall animaler Kost).

Geppert (Hamburg).

42. **Der nervöse Darmspasmus;** von E. Liek. (Münchn. med. Woch. 1917. Nr. 52. S. 1639.)

Es wird darauf aufmerksam gemacht, daß nervöse Darmspasmen funktioneller Art nicht selten Appendizitis vortäuschen und häufig zu irrigen chirurgischen Indikationen Veranlassung geben. Es wird eine exaktere Diagnose der Appendizitis gefordert und eine schärfere Begrenzung der Anzeige für einen chirurgischen Eingriff, damit die häufigen negativen Operationsbefunde vermieden werden.

Geppert (Hamburg).

43. **Die antagonistische Behandlung chronischer Darmstörungen mit Kolibakterien;** von A. Nißle. (Med. Klin. 1918. Nr. 2. S. 29.)

N. betont, daß bei vielen chronischen Darmerkrankungen die primäre Ursache der Erkrankung in einem minderwertigen Kolistamm zu suchen ist und sieht in der antagonistischen Kolitherapie für diesen Zustand einen wichtigen Heilfaktor. Alles Nähere ergibt die mit Fällen belegte Originalarbeit.

Cordes (Berlin).

44. **Über enteritische Erscheinungen bei der Serumkrankheit;** von H. Widmer. (D. Arch. f. klin. Med. Bd. 125. S. 51. 1918.)

Während beim Meerschweinchen der anaphylaktische Symptomenkomplex sich vor allem in Krampfzuständen der Bronchialmuskulatur äußert, treten beim Hund soporöse Zustände und Erscheinungen von seiten des Magen-Darmtraktus auf. Die Serumkrankheit beim Menschen darf wohl zweifellos, wie das Krehl besonders hervorhebt, als eine besondere Form der Anaphylaxie angesehen werden, und zwar auch dann, wenn nur eine einmalige Seruminjektion vorausgegangen ist. Den Darmerscheinungen bei der Serumkrankheit wurde bisher nur geringe Bedeutung zugesprochen. W. beobachtete bei 50 Fällen von Serumkrankheit auf der Diphtheriestation ausgesprochene Darmerscheinungen bei 36 dieser Fälle. Diese Enteritiden, welche besonders bei Kindern im 1. bis 6. Lebensjahr auftraten, waren teils rein katarrhalischer, teils membranöser oder hämorrhagischer Natur. In den Stuhlmembranen ließen sich häufig eosinophile Leukozyten nachweisen. Hieraus darf wohl auf lokale Darmeosinophilie geschlossen werden. Im peripheren Blut wurde niemals Eosinophilie beobachtet. Diese Stuhleosinophilie spricht für einen Zusammenhang zwischen Anaphylaxie bzw. anaphylaktischer Enteritis des Hundes, bei der ebenfalls eosinophile Zellen gefunden wurden, und der Serumkrankheit.

Kankeleit (München).

45. **Durch Distomum entstandene Leberentzündung;** von W. v. Friedrich. (Wien. klin. Woch. 1917. Nr. 51. S. 1619.)

Mitteilung eines Falles, der klinisch unter dem Bilde einer tuberkulösen Peritonitis verlief und erst bei der Autopsie aufgeklärt wurde. Es handelte sich um eine der seltenen Distomum-Erkrankungen. Es fanden sich eine größere Anzahl der Parasiten in den größeren und kleineren Gallengängen. Die hieraus resultierende Gallenstauung hatte das anatomische Bild der biliaren Zirrhose hervorgerufen. Eine häufigere Untersuchung des Stuhles auf Wurmeier hätte vielleicht eine sichere klinische Diagnose ermöglicht.

Geppert (Hamburg).

46. **Zur Frage der Leberperkussion;** von A. Albu. (D. med. Woch. 1918. Nr. 10. S. 265.)

Nach A. steht auch bei der vervollkommneten Zuelzerschen Methode der *Leberperkussion* der praktisch-diagnostische Wert dieser noch erheblich hinter den Ergebnissen der richtig ausgeführten *Leberpalpation* zurück, wofür schwerwiegende Gründe angegeben werden. Bei weichen und entspannten Bauchdecken sei auch eine weiche Leberschwellung der Palpation gut zugänglich. Die Palpation gestatte außerdem Beurteilung der Konsistenz und der Oberflächenbeschaffenheit des Organes und auch der Gallenblase.

Kadner (Dresden-Loschwitz).

---

47. **Zur Nephrolithiasis arteriosclerotica;** von M. Löhlein. (Med. Klin. 1918. Nr. 6. S. 136.)

Entgegnung auf einen Artikel von Fahr, 28. Bd. des Zentralbl. f. Path. S. 409.

L. vertritt vor wie nach die von Volhard-Fahr abweichende Überzeugung von der einheitlichen kausalen Pathogenese der Hypertension und der Arteriosklerose, sowie der arteriosklerotischen Schrumpfniere.

Cordes (Berlin).

48. **Das Bettnässen;** von A. Heymann. (Münchn. med. Woch. 1918. Nr. 2. S. 42.)

Zusammenfassende Darstellung, die besonders Gewicht auf die Therapie legt und neben den allgemein bekannteren Maßnahmen als besonders erfolgreich die Epiduralinjektion nach Cathelin empfiehlt.

Cordes (Berlin).

49. **Zur Ätiologie der gegenwärtig weitverbreiteten Enuresis und Pollakurie;** von A. Rothschild. (D. med. Woch. 1918. Nr. 11. S. 292.)

Aus theoretischen Gründen nimmt R. an, daß wahrscheinlich in vielen, vielleicht in allen Fällen die jetzt so häufigen Anomalien der Blasenfunktion bei der Zivilbevölkerung in der Heimat — Harndrang, Enuresis usw. — hauptsächlich durch einen Reizzustand des Harnsystems bedingt sind, der durch die *Art der jetzigen Ernährung*, insbesondere *die große Kochsalzzufuhr* bedingt sind. Therapeutisch erwies sich denn auch kochsalzarme Kost nützlich.

Kadner (Dresden-Loschwitz).

50. **Zur eiweißarmen Diät bei akuter Nierenentzündung;** von E. Wossidlo. (Zeitschr. f. phys. u. diät. Ther. 1918. Nr. 1. S. 9.)

Von mehreren hundert Fällen von *akuter Nierenentzündung* behandelte W. etwa 53% mit *eiweißarmer Diät* — Eiweißgehalt weit unter 50 g am Tage. Die strengste Form bestand in Darreichung von 1500 g Tee mit soviel Zucker, daß der Kaloriengehalt 150 g betrug, 2 Tage hintereinander. Eine zweite Form bestand aus 600 g Zucker und 500 g Haferschleim, Eiweißgehalt 7,5 g, Salz 0,5 g, 2500 Kalorien (Zuckerdiät). Die dritte Form bestand aus 600 g Grießbrei, 500 g Schleimsuppe, 100 g Zucker, 100 g Butter. Eiweißgehalt 16,9 g, Kochsalz 0,8 g bei 2500 Kalorien. Eine vierte Form setzte sich aus 300 g Suppe, 300 g Schleim, 200 g Gemüse, 100 g Kartoffeln und 100 g Butter — 2000 Kalorien — zusammen. Der Vergleich zweier etwa gleich schwerer Fälle, deren einer ohne eiweißarme Diät, der andere mit Eiweißentziehung behandelt wurde, zeigt einen sehr günstigen Einfluß dieser. Bei Zuckerdiät (zweite obige Form) sinkt die Eiweißmenge von 24‰ auf 6‰, die Formelemente vermindern sich, die Ödeme nehmen ab. Die Harnstoffausscheidung steigt von 2,3 auf 15,2 täglich. Bei leichteren Fällen kann ein noch schnelleres Schwinden der Eiweißausscheidung auftreten. — Kriegskürzung des Berichtes.

Kadner (Dresden-Loschwitz).

51. **Zur Behandlung der akuten Nierenentzündung mit besonderer Berücksichtigung der Feldnephritis;** von H. Guggenheimer. (Zeitschr. f. phys. u. diät. Ther. 1917. Nr. 11. S. 340; Nr. 12. S. 355.)

Nach G. hat sich die Berücksichtigung der Funktionsprüfung bei der Abgrenzung der einzelnen Formen der Nierenentzündung und besonders für die Behandlung sehr fruchtbar erwiesen. Histologisch werden die degenerativen Nierenprozesse — Nephrosen — von den entzündlichen — akute Glomerulonephritis — unterschieden; diagnostisch spielen Blutdrucksteigerung und Hämaturie eine Rolle. Bei Nephrose tritt die erstere nie, die letztere fast nie auf. Schwere Epithelveränderungen jedoch führen zu hochgradiger Albuminurie, Zylindrurie, Ödem, hochgradigem Höhlenhydrops. Nach Munk treten bei Lipoidnephrose doppellichtbrechende Fetttröpfchen auf, die sich im Polarisationsmikroskop leicht nachweisen lassen (Nierenerkrankungen der Diphtherie, Syphilis, Tuberkulose, in der Schwangerschaft und toxische Formen: Sublimat). — Bei Glomerulonephritis ist fast immer wenigstens im Anfang der arterielle Blutdruck erhöht. Meist besteht Hämaturie. Wassersucht kann fehlen. — Die Blutdrucksteigerung scheint an die diffuse Beteiligung der Nierengefäße gebunden; sie fehlt bei der herdförmigen Glomerulonephritis, die aber durch Hämaturie von der Nephrose zu unterscheiden ist. Die leichte herdförmige Form der Glomerulonephritis (häufig bei Angina) scheint durch den Infektionserreger selbst bedingt (oft im Harn nachweisbar), die diffuse dagegen durch die Giftstoffe von Mikroorganismen (Scharlach). — Im Felde waren gehäuft auftretende Nierenerkrankungen meist Glomerulonephritis. Scharlach spielte als Grundkrankheit keine Rolle, Angina war nur selten nachzuweisen. Aszendierende Prozesse (von Zystitis) traten kaum hervor. Oft schien der nephritische Prozeß bereits in Entwicklung als — erst nachträglich — eine Infektion hinzutrat. — Die Nephritis scheine Teilerscheinung einer Allgemeinerkrankung, und zwar einer auch andere Gebiete des Körperkapillarsystems treffenden Schädigung zu sein. — Beim Zustandekommen sei Erkältung in vielen Fällen beteiligt. Um Aufflackern von alten Prozessen handelte es sich nur in 7,8%. Der Verlauf sei im allgemeinen ein günstiger. Von Anfang verschleppte Fälle scheinen zu Übergang in ein chronisches Stadium zu neigen. Die richtige Versorgung des Nephritiskranken in den ersten Tagen, sei ausschlaggebend für die Prognose. Längere Transporte sind zu vermeiden. — Gefahren von seiten des

Herzens stehen im Vordergrund. — Von großem Nutzen seien Bettwärme, Diät (Beschränkung der Wasser- und Kochsalzzufuhr). Digitalis. Die Eiweißzufuhr ist einzuschränken, da die kranke Niere in ihrer Konzentrationsfähigkeit namentlich für Eiweißabbauprodukte beschränkt ist. — Vor einseitiger Milchernährung warnt G., da Unterernährung zu befürchten ist. Dagegen sind Kohlehydrate in der Nahrung zu bevorzugen (Milchreis). Wo, was selten ist, die Diurese nicht in Gang kommt, empfiehlt G. eine Karellkur, Digitalis in vorsichtigen Dosen, als Diuretikum nur Theazylon (*Merck*), welches die Kochsalzausscheidung sichtlich steigert. Schwitzprozeduren sind vorsichtig zu verwenden, da sie große Anforderungen an die Herztätigkeit stellen, und die vikariierende Ausscheidung harnfähiger Stoffe durch die Haut nicht bedeutend ist. Bei hartnäckigem Hydrops seien Skarifikationen der Haut wirksamer — sichere Asepsis vorausgesetzt. Urämische Zustände werden durch Narkotika gemildert, sehr wirksam sind kalte Berieselungen von Hinterkopf und Nacken (Reiz für das Atmungszentrum). Nierenkranke seien nicht zu früh aus der Behandlung zu entlassen. Die Arbeit ist sehr lesenswert. Kadner (Dresden-Loschwitz).

IV. Nervenheilkunde.

52. **Über Chorea senilis;** von Käte Meiner. (D. Arch. f. klin. Med. Bd. 125. S. 23. 1918.)

W. teilt 2 Fälle von Chorea senilis mit (57jähriger Mann und 78jährige Frau). Beide Patienten haben niemals an Gelenkrheumatismus, Herzbeschwerden oder irgendeiner Infektionskrankheit gelitten. In einer Tabelle werden die Fälle (52) aus der Literatur übersichtlich zusammengestellt. Zum Schluß wird die Differentialdiagnose gegenüber der juvenilen Chorea und der Chorea progressiva chronica erörtert. Kankeleit (München).

53. **Über Interkostal-Neuritis infolge Mißbildung einer Rippe;** von Frommhold. (Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 25. 5. Juni 1918.)

Es handelte sich um eine Neuritis des 11. (—12.) Interkostalnerven links mit Gefühls- und Reflexstörungen), die durch Druck einer mißbildeten 12. Rippe auf die 11. Rippe bedingt war. Fr. erinnert an die Interkostalschmerzen der Kyphoskoliotiker und die Neuritiden bei akzessorischen Halsrippen; therapeutisch wirksam sind alle druckentlastenden Maßnahmen, wie Bettruhe, Stützkorsett u. a. Kautz (Hamburg).

54. **Über Vakzineurin, ein wertvolles Heilmittel für Neuralgien und Nervenentzündungen;** von Hölzl. (D. med. Woch. 1918. Nr. 11. S. 291.)

Vakzineurin Döllken — eine Mischung schwachwirkender Autolysate des Bacillus prodigiosus und des Staphylokokkus in ganz bestimmtem Mischungsverhältnis — prüfte H. an 96 Kranken. 65,6°/₀ wurden völlig schmerzfrei entlassen; nur bei 14,6°/₀ blieb die Anwendung ohne Erfolg. Muskelatrophien blieben meist bestehen, Funktionsstörungen wurden meist beseitigt. Versager gab es nur bei Hysterischen und Neurasthenischen. *Dauernde Schädigungen wurden nie beobachtet.* Bei Individuen, die an einer Nervenerkrankung leiden, oder gelitten haben, tritt in dem von dem erkrankten Nerven versorgten Gebiet nach der Injektion ein wühlender Schmerz auf: positive Herdreaktion. In anderen Fällen bleiben schwache Dosen reaktionslos, stärkere bewirken Nachlaß oder Aufhören der Schmerzen für 10 bis 12 Stunden: negative Herdreaktion. Sämtliche völlig geheilte Kranke zeigten Herdreaktion, 15 negative, 47 positive, 1 negative und positive. Es folgen ausführliche Anweisungen für die Anwendung der Behandlung. Kadner (Dresden-Loschwitz).

55. **Über die direkte Nervenvereinigung bei großen Nervendefekten;** von A. Báron und W. Scheiber. (Münchn. med. Woch. 1918. Nr. 17. S. 446.)

Bei der direkten Nervenvereinigung bei erheblichen Defekten ist das Prinzip, den Nerven zwischen möglichst genäherten fixierten Endpunkten und eventuell Zwischenpunkten möglichst gerade, d. h. möglichst kurz verlaufen zu lassen. In bezug auf Einzelheiten muß auf das Original verwiesen werden. Jolly (Halle).

56. **Über die normalen Bauchreflexe und ihre medulläre Lokalisation;** von G. Söderbergh. (Neur. Zentralbl. 1918. Nr. 7. S. 234.)

Auf Grund seiner Beobachtungen an 700 Fällen nimmt S. an, daß der obere Bauchdeckenreflex den $D_{(5)7}$—D_9, der mittlere Bauchreflex den D_8—D_{10}, der untere Bauchreflex den $D_{(9)10}$—$D_{12(11)}$ angehören. Jolly (Halle).

57. **Fünftagefieber und Neuritis der Cauda equina;** von R. Cassirer. (D. med. Woch. 1918. Nr. 9. S. 233.)

C. beschreibt einen *Fall von schwerem und ungewöhnlich lange dauerndem Fünftagefieber,* bei dem sich eine *Neuritis der Cauda equina* ausbildete und nimmt auf Grund dieser Beobachtung an, daß die bei dieser Krankheit fast konstant und in charakteristischer Ausbildung auftretenden Reizerscheinungen die leichtesten und leichteren Grade einer derartigen Affektion der hinteren Wurzeln darstellen. Kadner (Dresden-Loschwitz).

58. **Über somatische Vorgänge bei den Affekten und ihren Zusammenhang mit der Hysterie, den traumatischen und anderen Neurosen;** von F. Fankhauser. (Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte 1918. Nr. 6. S. 178.)

Den Affekten müssen nach F. somatische Vorgänge im Gehirn zugrunde liegen, und zwar die Innervationen gewisser uns noch unbekannter, wohl ausgedehnter Neuronengruppen. Es liege ferner die Annahme nahe, daß diese Vorgänge mit chemischen innersekretorischen) Prozessen in Zusammenhang stehen. Die Hysterie und die Kommotionsneurosen, sowie gewisse andere Neurosen seien als mit Störungen dieser Innervationen einhergehende Krankheiten aufzufassen. Die psychotherapeutische Beeinflussung beruhe namentlich darauf, daß die psychotherapeutischen Vorstellungen Affekte erwecken, deren Innervationsvorgänge die Krankhaften zu beeinflussen vermögen. Auf dem gleichen Vorgang beruhe

auch die Beeinflussung rein somatischer Vorgänge durch psychische Beeinflussung. Jolly (Halle).

59. Über das Verhalten des Hirndruckes (Lumbaldruckes) bei Erkrankungen der Augenmuskeln; von L. Heine. (Münchn. med. Woch. 1918. Nr. 16. S. 419.)

H. weist unter Mitteilung zahlreicher Beobachtungen auf den Wert der Lumbalpunktion bei Erkrankungen der äußeren Augenmuskeln hin, und zwar zur Ermöglichung einer genaueren topischen Diagnose und zur Erkennung der Art der Schädigung. Jolly (Halle).

60. Beiträge zur Hysterie; von R. Dölger. (Münchn. med. Woch. 1918. Nr. 16. S. 431.)

Beiderseitige hysterische Taubheit, die durch einen beängstigten Traum beseitigt wurde. Jolly (Halle).

V. Chirurgie.

61. Zur Röntgendiagnostik interlobärer Prozesse; von F. Helm. (Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 25. S. 169. 1918.)

Mitteilung eines Falles von eitrigem Erguß im rechten großen Pleuraraum, der zur Bildung eines kleinen abgesackten interlobären Ergusses zwischen Mittel- und Unterlappen führte, dessen wechselnder Füllungszustand und Rückbildung sich röntgenologisch gut verfolgen ließ. Kautz (Hamburg).

62. Über das Blutergelenk und sein Röntgenbild; von H. Engels. (Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 25. S. 197. 1918.)

An der Hand eines Falles beschreibt E. die röntgenologisch-charakteristischen Merkmale des Blutergelenks. Die Symptome, die alle Gelenke aufweisen, lassen sich von der Tuberkulose eigentümlichen Merkmalen genau angrenzen. Je nach dem Stadium (Vulliet, König, Gocht u. a.) überwiegen atrophische Veränderungen, Unregelmäßigkeit der Knorpeloberfläche, Verschmälerung des Gelenkspalts und Knochenanbildung als Rahmen um die Ausfälle. Als besonders charakteristisch werden die scholligen und flockigen Kapsel- und Weichteilschatten (Ossifikationen) beschrieben, wie sie in geringerem Maße auch bei der Tuberkulose und dem Tabesgelenk auftreten. Die frühzeitige Sicherung der Diagnose verhütet therapeutische Fehlgriffe.
Kautz (Hamburg).

63. Das Sehrtsche Kompressorium als Ersatz bei der Esmarchschen Konstriktion; von M. Wilms. (Zentralbl. f. Chir. 1918. Nr. 3. S. 34.)

Das Sehrtsche Kompressorium erweist sich bei Verwendung am Oberschenkel als nicht immer ausreichend, weil es die Extremität nicht völlig zirkulär umschnürt, sondern sie nur von 2 Seiten preßt. Diesem Übelstande wird dadurch abgeholfen, daß man vor Anlegen des Kompressors mit einer Trikotschlauchbinde die Stelle mehrmals zirkulär umschnürt, wo der Kompressor angesetzt werden soll. Damit ist ein Ausweichen der Teile nach der Seite verhindert und die Konstriktion gelingt vollständig.
Wagner (Leipzig).

64. Die Fremdkörperexstirpation; von D. Kulenkampff. (Zentralbl. f. Chir. 1918. Nr. 3. S. 35.)

Die überwiegende Mehrzahl der Granat- und Minensplitter ist infiziert; es kommt zunächst bei der Einheilung meist zu einer „ruhenden Infektion". Bei der operativen Entfernung des Fremdkörpers werden dann die Bakterien häufig aufgestöbert, und die gesetzten Wunden vereitern. Ja es sind sogar Fälle von Gasbrand und Tetanus nach solchen Eingriffen beobachtet worden. Um diesem Übelstande zu begegnen, hat K. die Fremdkörper nicht extrahiert, sondern wie eine Nuß in ihrer Schale exstirpiert. Man schneidet dabei nach Möglichkeit die ganze Narbenmasse mit samt dem Fremdkörper im Gesunden aus. So rührt man nicht an die hauptsächlich infektiöse Fremdkörper-Narbenschicht. Das Wichtigste ist die Mitnahme dieser Berührungsschicht zwischen Fremdkörper und Narbe; denn hier sitzt ja die Hauptmasse der Keime. Mit diesem Vorgehen ist der weitere Vorteil verbunden, daß wenigstens ein Teil der Narbe wegfällt, die häufig mehr als der Fremdkörper die Ursache von bestehenden Beschwerden ist, und daß sich die Wundverhältnisse günstiger gestalten. Wagner (Leipzig).

65. Experimentelle Untersuchungen über die Gerinnungen des Blutes in serösen Gelenken und Höhlen; von A. Szroul und A. Hertzberg. (Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 30. H. 1 u. 2. S. 171. 1918.)

Die Lehre von der gerinnungshemmenden Eigenschaft der serösen Höhlen (Bauch, Brusthöhle, Gelenke) ist erschüttert. Blutflüssigkeit, welche Thrombin enthält, andererseits des Fibrinogens beraubt ist, ist nicht Plasma, sondern Blutserum. Dieses wird stets befunden und nimmt nur in der Folge durch ausgetretene Blutkörperchen das Aussehen von flüssigem Blute an. Bei 6 Fällen von Haemarthros genu, von verschieden hochgradiger Verletzung herstammend, fehlte ebenfalls stets Fibrinogen; die Flüssigkeit ist Serum im obigen Sinne nach vorausgegangener Blutgerinnung. Hiermit fällt eine Lehre, die seit Corduas Zeiten bestanden hat und korrigiert auch neuere Untersuchungen von Zahn und Walker. von Noorden (Bad Homburg).

66. Ein einfaches Verfahren zur Unterdrückung im Entstehen begriffener Furunkel; von Kritzler. (Med. Klin. 1918. Nr. 1. S. 13.)

Bei ganz im Entstehen (noch ohne Eiterpfropf) befindlichen Furunkeln empfiehlt Kr. das Auflegen von Salizylkollodium. Cordes (Berlin).

67. Die anaërobe Mischinfektion bei der Gasödemerkrankung; von F. Klose. (Med. Klin. 1918. Nr. 2. S. 33.)

Die von Kl. angestellten Versuche führten zu dem Ergebnis, daß die von den Gasödembazillen hervorgerufene anaërobe Wundinfektion ätiologisch nicht als einheitlich aufgefaßt werden darf und daß häufig mehrere Typen dieser Gruppe in Symbiose miteinander im Wundmaterial von Gasödemerkrankungen nachgewiesen werden konnten.
Cordes (Berlin).

68. Die Behandlung der Lymphdrüsentuberkulose Erwachsener; von E. Mühlmann. (D. med. Woch. Bd. 44. H. 2. S. 36. 1918.)

Die einzelnen Formen der Lymphdrüsentuberkulose beim Erwachsenen reagieren verschieden auf die Röntgenbestrahlung. Am besten sprechen die entzündlich hyperplastischen Drüsen an, langsamer reagieren die verkästen Drüsen, während vereiterte Drüsen ein wechselndes Verhalten aufweisen. Ist bei den letzteren der Entzündungszustand noch nicht zu weit vorgeschritten, so verhalten sich die Drüsen wie die verkästen. Bestehen aber schon schwappende Abszesse mit weitgehender Infiltration der Haut, so kommt es unter der Bestrahlung zum schnelleren Einschmelzen. Nach Punktion oder Stichinzision — eine breite Öffnung verbietet sich wegen der Gefahr der Fistelbildung und Sekundärinfektion — wird durch weitere Bestrahlung die tuberkulöse Granulation zurückgebildet, und der Prozeß kommt zur Ausheilung. Bei größeren Fisteln mit borkigen Belegen und Infiltrationen des Unterhautzellgewebes wird die Röntgenbehandlung, die hier an und für sich lange Geduld erfordert, zweckmäßig durch Höhensonnenbelichtung unterstützt.

Kautz (Hamburg).

---

69. Kombinierte Behandlung des Gehirnprolapses; von F. Dergam. (Zentralbl. f. Chir. 1918. Nr. 21. S. 349.)

Zur Behandlung des gutartigen symptomatischen Gehirnprolapses stehen uns zwei klinisch und wissenschaftlich wohlbegründete Methoden zur Verfügung: die Lumbalpunktion und die Röntgenbestrahlung. Die Lumbalpunktion erzeugt durch Ablassung des Liquors in den Gehirnventrikeln einen negativen Druck, damit eine Abflachung des Prolapses und eine Resorption aus seinem Gewebe; die Röntgenstrahlen vernichten einen Teil der infiltrierenden weißen Blutkörperchen (Lymphozyten) und verursachen eine intensive lokale Reizung. Die Kombination beider Methoden scheint nach Analogie anderer kombinierter Reize nicht bloß eine einfache Summation zu bewirken, wie aus einer neuen Beobachtung D.s hervorgeht.

Wagner (Leipzig).

70. Einiges Neue zur Gehirnschußbehandlung; von E. Richter. (Zentralbl. f. Chir. 1918. Nr. 16. S. 261.)

R. hat wie bei jeder Kriegswunde auch bei den Gehirnschußwunden reinigend chirurgisch eingegriffen. Zur Desinfektion der Dura und der Hirnhautwunde wurde eine 5proz. Kali hypermanganicum-Lösung benutzt; auf die durch eine Glasröhre dränierte Wunde in 5proz. Kali hypermanganicum-Lösung getauchte Jodoformgaze aufgelegt. Das Kali hypermanganicum scheint eine sehr gute Verwandtschaft zur Gehirnmasse zu haben, da es sich zeigt, daß die Gazeschichten sich innig mit der Gehirnwunde adhäsiv verbinden. Jodoform und hypermangansaures Kali können gut miteinander angewendet werden. Mit dieser Methode ist es R. gelungen, tadellose Gehirnwunden zu schaffen.

Wagner (Leipzig).

71. Phlebolith der Vena jugularis interna mit den klinischen Erscheinungen einer arteriovenösen Fistel; von W. Baetzner. (Zentralbl. f. Chir. 1918. Nr. 12. S. 192.)

Bei einem 10jährigen Knaben befand sich an der linken Halsseite entsprechend der V. jugular. interna eine etwa taubeneigroße, weiche, vollständig wegdrückbare Geschwulst. Das sausende Geräusch, das Schwirren der Venenwand, Pulsation und Anschwellung ließen die Annahme einer arteriovenösen Fistel berechtigt erscheinen. Linksseitige Rekurrenslähmung. Die Operation ergab einen wandständigen, an einer umschriebenen Stelle festsitzenden, verkalkten, organisierten Thrombus. Das Hindurchpressen des Blutes zwischen Phlebolith und Venenwand und das Mitschwingen des Phlebolithen erzeugten das Geräusch und Schwirren.

Wagner (Leipzig).

72. Schußverletzungen der Luft- und Speisewege am Halse; von F. Erkes. (Zentralbl. f. Chir. 1918. Nr. 22. S. 370.)

E. berichtet über 7 Fälle. Bei 2 handelte es sich um gleichzeitige Verletzung des Kehlkopfes, bzw. der Trachea und der Speiseröhre durch Gewehr; bei 2 war nur die Speiseröhre (Schrapnell), bei 2 nur der Kehlkopf durchschossen (Gewehr). Beim 7. Fall war die Vorderwand des Larynx durch einen Granatsplitter weggeschlagen, so daß das Innere des Kehlkopfes vollkommen frei lag. 3 Fälle endeten tödlich. Die große Gefahr der Schußverletzungen der Speiseröhre liegt in dem Austritt ihres infektiösen Inhaltes in das umgebende Gewebe mit folgender Mediastinitis. Die gleichzeitige Verletzung des Larynx oder der Trachea bedingt die Gefahr der Aspiration. Daraus ergibt sich als praktische Konsequenz, bei dem geringsten Verdacht auf eine Verletzung der Speiseröhre die Halswunde zu spalten und den periösophagealen Raum freizulegen. Nur so läßt sich die sonst absolut infauste Prognose dieser Verletzungen bessern. Die beiden Kehlkopfschüsse nahmen trotz anfänglicher Atemstörung ohne Tracheotomie einen günstigen Verlauf. Es entspricht das den Erfahrungen dieses Krieges, daß ein großer Teil der Kehlkopfschüsse ohne Tracheotomie zur Heilung kommt.

Wagner (Leipzig).

73. Fuso-Spirillose des Halses unter dem Bilde der Aktinomykose; von E. Melchior. (Zentralbl. f. Chir. 1918. Nr. 8. S. 117.)

M. hat 1917 über 6 Fälle von Halsphlegmonen bzw. Abszessen berichtet, die als Erreger den Bacillus fusiformis, teils mit anderen Mikroben vergesellschaftet, teils in Reinkultur enthielten. Auch klinisch wiesen diese Fälle eine gewisse Sonderstellung auf: auffällig langer Bestand der Abszesse bei geringfügigen Allgemeinerscheinungen und fehlender Beteiligung der Lymphdrüsen. Die Differentialdiagnose: Aktinomykose — d. h. vor Eintritt des fistulösen Stadiums — oder Fusiformisabszedierung hat M. schon wiederholt vorgelegen. M. berichtet nun des weiteren über einen anscheinenden Schulfall von Aktinomykose des Halses, der sich bei der bakteriologischen Untersuchung als Fusiformisabszedierung erwies. Es ergibt sich aus dieser Beobachtung, daß die Fusiformiseiterung des Halses auch in einer Weise auftreten kann, die rein klinisch und namentlich auch ohne exakte Untersuchung der Körnchen von der Aktinomykose schlechterdings nicht zu unterscheiden ist. In welchem Umfange praktisch diese diagnostische Fehlerquelle in Betracht kommt, müssen weitere Erfahrungen lehren.

Wagner (Leipzig).

74. Auswechslung der Fragmente bei Pseudarthrose der Klavikula; von V. Schmieden. (Zentralbl. f. Chir. 1918. Nr. 5. S. 65.)

Seit Jahren bedient sich Sch. bei jeder Knochennaht, bei der die Kallusbildung neu angeregt werden muß, wenn irgend möglich, der treppenförmigen An-

frischung der Fragmente, weil sie die beste unmittelbare Verhakung und die breitesten Berührungsflächen gewährleistet. Ganz besondere Verhältnisse liegen am Schlüsselbeine vor; hier bildet der divergierende Muskelzug, der die beiden Fragmente schon im frischen Stadium im Sinne der typischen Dislokation beeinflußt, auch späterhin ein Hindernis, wenn es gilt, im Pseudarthrosenstadium gegen den Widerstand der veralteten Dislokation eine Knochenfestigkeit auf operativem Wege zu erzwingen. Hier hat sich bei Sch. ein Verfahren als zuverlässig bewährt, nämlich das der Auswechslung der Fragmente; d. h. eine treppenförmige Anfrischung der entgegengesetzten Fragmente, die neben der Möglichkeit einer die erneute Dislokation verhindernden Verhakung auch den Vorteil bietet, daß ihre Kallusbildung eine viel regere ist. Wagner (Leipzig).

75. **Deckung von Gaumendefekten mit gestielten Halshautlappen;** von M. Kappis. (Zentralbl. f. Chir. 1918. Nr. 23. S. 381.)

K. hält die Uranoplastik vom Halse aus in der von ihm genau mitgeteilten Technik bei den Gaumendefekten, bei denen die örtliche Plastik unmöglich oder mißlungen und eine Plastik aus der Nähe nicht gegeben ist, für die einfachste und wenigst entstellende Methode. Zu achten ist u. a. auf die Vermeidung einer Narbenkontraktur am Halse, gegen die am besten die sofortige Transplantation und baldige Rücklagerung des Lappens hilft, neben entsprechenden Verbänden. Wagner (Leipzig).

76. **Zur Frage der plastischen Füllung alter Empyemhöhlen;** von C. Goebel. (Zentralbl. f. Chir. 1918. Nr. 8. S. 120.)

Gegenüber den neuen Methoden von Melchior und Vidakovich zur Verödung von Empyemhöhlen hebt Gr. hervor, daß die Verwendung der Pleuraschwarte und von Muskellappen wohl schon lange geübt wird. Endlich ist auch die Haut zu benutzen; sie kann in die Höhle hineingedrückt werden, so daß sie zu ihrer weiteren Ausfüllung dient. Das Ganze kommt also darauf hinaus, mehrere, nur Weichteile enthaltende Lappen zu bilden, die nun infolge ihrer Beweglichkeit und Anpassungsfähigkeit die Höhle so ausfüllen, daß das Wiederentstehen toter, starrwandiger Räume, die Ursache der chronischen Fistel, ausgeschlossen ist. Wagner (Leipzig).

77. **Die Empyemfistel und ihre Behandlung;** von W. Burk. (D. Zeitschr. f. Chir. Bd. 142. Nr. 3 u. 4. S. 267. 1918.)

Das Wundsekret wird durch Spülungen mit Dakinscher Lösung bakterienfrei gemacht, dann wird die Empyemfistel mit Bismuthum carbonicum-Paste plombiert. Kompressionsverband. B. hat 5 Kranke nach dieser Methode mit gutem Erfolge behandelt. Wagner (Leipzig).

78. **Zur Technik des Verschlusses alter Empyemfisteln;** von C. Ritter. (Zentralbl. f. Chir. 1918. Nr. 11. S. 166.)

Alle Eingriffe zum Verschlusse alter Empyemfisteln kranken daran, daß wir in infizierten Gebieten operieren und mit einem Aufflackern der alten Infektion rechnen müssen. Die Infektionsgefahr besteht solange, als überhaupt die Empyemhöhle noch offen ist; es käme also darauf an, die ganze Empyemhöhle zu schließen. R. empfiehlt, nachdem in der ersten Sitzung dem Eiter freier Abfluß geschaffen ist, in einer zweiten Sitzung von dem ersten Schnitte aus die Pleura *im ganzen*, soweit sie über der Empyemhöhle sich befindet, von dem Rippenstumpf mit den Fingern abzulösen und sie in die Höhle gegen die Lunge einzustülpen, bis sich beide Pleurablätter fest berühren. Der dritte operative Eingriff erfolgt dann in so gut wie aseptischem Gebiet und bietet für die Kranken kaum eine große Gefahr, einerlei ob man die Entknochung der Rippen nach Schede oder die Pfeilerresektion mit einem oder zwei Haut-Muskel-Knochenschnitten machen will. Wagner (Leipzig).

---

79. **Gastroenterostomie bei Ulcus des Magenfundus;** von M. Wilms. (Zentralbl. f. Chir. 1918. Nr. 4. S. 53.)

Die Quer- oder Ringresektion ist für kleinere bis thalergroße Geschwüre recht eingreifend. W. hat deshalb in einzelnen Fällen statt der Resektion das Geschwür einbezogen in die hintere Gastroenterostomieöffnung. Die Verwendung des Ulcus in diesem Sinne ist natürlich nur bei günstigem Sitz an der Hinterwand möglich. Da aber fast 40% aller penetrierenden Geschwüre des Magens an der Hinterwand gelegen sind, wird doch die Möglichkeit, in oben genannter Weise zu operieren, sich öfters vorfinden. Die Technik der Operation ist nicht zu schwierig. Wagner (Leipzig).

80. **Ein Fall von Splenektomie bei Anaemia pseudoleucaemica infantum;** von S. Johannßon. (Zentralbl. f. Chir. 1918. Nr. 13. S. 217.)

Der Fall betraf einen 14monatigen Knaben, der stark abgemagert und anämisch war. Wassermann negativ; geringe rachitische Symptome, nicht beträchtlich vergrößerte Drüsen; stark vergrößerte Milz. Das Blutbild ergab Erythroblastose und Myelozytose. *Exstirpation der Milz*, die technisch sehr leicht war. Die Milz zeigte myeloide Metaplasie.

Bisher sind nur 4 Operationsfälle veröffentlicht worden, die sämtlich gut ausgingen. J.s Standpunkt ist gegenwärtig der, daß bei schweren Fällen von Jáksch-Hayemscher Anämie, die trotz Krankenhausbehandlung mit Eisen in großen Dosen (0,75—1 g) keine Neigung zur Besserung zeigen, die Milzexstirpation vorzunehmen ist. Wagner (Leipzig).

81. **Zur antiseptischen Behandlung des Bauchfells;** von W. Pohl. (D. Zeitschr. f. Chir. Bd. 142. Nr. 3 u. 4. S. 258. 1918.)

P. hat in einem Falle von Perforation des Dünndarms durch Bajonettstich nach Naht der beiden Darmwunden mit Erfolg versucht, das Bauchfell nach Spülung mit 2 Liter Kochsalzlösung mit Dakinlösung zu sterilisieren. Der Verwundete ist glatt genesen; der Heilungsverlauf war auffallend leicht, trotzdem die Bauchhöhle vollkommen mit Kot überschwemmt war. Wagner (Leipzig).

82. **Zur Chirurgie der Bauchschüsse;** von F. Erkes. (Zentralbl. f. Chir. 1918. Nr. 6. S. 85.)

Die schweren Granatsplitter-Darmverletzungen, für die die Resektion in Betracht kommt, haben eine sehr schlechte Prognose. Für diese Fälle hat Rupp vorgeschlagen, anstatt die Darmenden nach der Resektion zu vereinigen, sie in die Bauchdecken einzunähen und, wenn möglich, die Resektion auf die ganze peritonitisch erkrankte Darmschlinge auszudehnen. Durch Einnähen der Darmenden wird die größte, den postoperativen Verlauf bedrohende Gefahr, die infolge der Stagnation des Darminhaltes auftretende Sterkorrhämie ausgeschaltet; die Dauer

des Eingriffes wird verkürzt, seine Schwere verringert; die Resektion der peritonitisch erkrankten Schlingen bedeutet die Ausschaltung einer Infektionsquelle. E. hat einen Fall von 3maliger Perforation einer Ileumschlinge nach der Ruppschen Methode operiert. Der Verlauf war auffallend günstig. Wagner (Leipzig).

83. **Über die Mobilisierung des Duodenums von links her;** von P. Cairmont. (Zentralbl. f. Chir. 1918. Nr. 14. S. 234.)

Das Colon transversum wird nach oben gehalten, die proximalen Jejunumschlingen nach rechts. Die Plica duodeno-jejunalis und mesocolica ist damit gespannt. Die obere Plika kann mit der Schere durchtrennt werden; die weitere Inzision des Peritoneums läuft vor dem aufsteigenden Duodenalabschnitt senkrecht nach unten. Das zarte Peritonealblatt wird leicht nach außen abgeschoben und der Duodenalabschnitt durch stumpfe Lösung des retroperitonealen Bindegewebes von der Unterlage abgehoben. Das Duodenum kann mit dem zugehörigen Mesenterium, in dem Pankreasgewebe liegt, nach rechts emporgehoben werden. Vor der Wirbelsäule liegen Aorta und V. cava frei zutage. Die Mobilisierung des aufsteigenden Duodenalabschnittes ist einfacher und ungefährlicher als die des absteigenden Schenkels, da keinerlei Gefäße störend oder hindernd dazwischentreten. Wagner (Leipzig).

84. **Zur Frage nach der Entstehungsursache der Pneumatosis cystoides intestini hominis;** von H. Kuder. (Zentralbl. f. Chir. 1918. Nr. 5. S. 69.)

Jene merkwürdige Affektion, die durch das Auftreten massenhafter Gasbläschen in der Wand des Magendarmkanals charakterisiert ist — bisher sind 62 Fälle bekannt —, ist ätiologisch noch unaufgeklärt. Es stehen sich 2 Theorien gegenüber: die bakteriologische und die mechanische. Die Mehrzahl der Forscher sieht die ganz divergenten bakteriellen Befunde nicht als beweisend an. Bei dem merkwürdigen, fast regelmäßigen Zusammentreffen der Pneumatosis mit chronischen Magendarmerkrankungen hatte sich von selbst die Frage aufgedrängt, ob man es nicht einfach mit einem traumatischen Emphysem der Darmwand zu tun habe, das durch Eindringen von Darmgasen in die irgendwie geschädigte oder durchlässig gewordene Darmwand vielleicht beim Brechakt infolge der Drucksteigerung entsteht. K. teilt nun eine neue Beobachtung mit einwandfreiem, negativen bakteriologischen Untersuchungsbefunde mit; er hält die mechanische Theorie für die richtige. Wagner (Leipzig).

85. **Über „Durchwanderungsperitonitiden" bei akuten Erkrankungen der Darmschleimhaut;** von F. Erkes. (Zentralbl. f. Chir. 1918. Nr. 7. S. 97.)

E. hat in der letzten Zeit mehrere Fälle von Peritonitis beobachtet, für die die Operation keine Aufklärung geben konnte. Erst die Sektion hat diese Fälle geklärt. Es handelte sich um akute Bauchfellentzündungen, die bei akuten Erkrankungen der Darmschleimhaut ohne Perforation auf lymphogenem Wege entstanden waren, um sog. Durchwanderungsperitonitiden. Ganz analoge Fälle sind nach Erkrankungen der Gallenblase beschrieben worden. Die genannten Peritonitiden können nach verschiedenen Darmerkrankungen auftreten; nach einfacher Enteritis, Dysenterie, Typhus, Paratyphus. E. hat 8 Fälle beobachtet bei Männern von 30—40 Jahren. Praktisch genügt die Diagnose „diffuse Peritonitis"; denn damit ist die Therapie gegeben. Ob man eine Darmwaschung vornimmt oder eine Enterostomie macht, wird von Fall zu Fall entschieden werden müssen. Von den 8 Kranken sind 7 gestorben. Diese hohe Mortalität ist erklärlich; denn hier können wir nicht die Infektionsquelle verstopfen, wie bei der Perforationsperitonitis. Bei diesen Fällen bedeutet die Dränage der Bauchhöhle doch eine Entlastung für den Organismus. Den Ausschlag für den Endausgang gibt die Art und Virulenz der Bakterien und die von Fall zu Fall wechselnde Widerstandskraft des Organismus. Wagner (Leipzig).

86. **Zur Kenntnis der Dickdarmlipome, zugleich ein Beitrag zur Frage der spontanen Lösung von Darminvaginationen;** von Th. Voeckler. (D. Zeitschr. f. Chir. Bd. 142. Nr. 3 u. 4. S. 169. 1918.)

Mitteilung eines kürzlich operierten Falles, der als Besonderheit das Bild sich spontan lösender Invaginationen bot. Bei dem 63jährigen Kranken wurde das Zökum samt einem Stück des angrenzenden Ileum und Colon ascendens reseziert. In der Zökalwand saß ein hühnereigroßes, submuköses Lipom. Glatte Heilung. Es ist auffallend, wie oft gerade bei Darmlipomen Darminvaginationen beobachtet wurden: unter den sämtlichen klinisch beobachteten 42 Fällen trat 24mal eine Invagination auf. Wagner (Leipzig).

87. **Zur Frage der Rezidive von Leistenbrüchen;** von F. König. (Zentralbl. f. Chir. 1918. Nr. 4. S. 49 u. 51.)

Zur Frage der Rezidive nach Leistenbruchoperationen; von G. Perthes. (Ebenda.)

Plenz hat nach Bassini-Operationen bei Soldaten innerhalb weniger Wochen 6 Rezidive erlebt und empfiehlt die nach seiner Ansicht rezidivsicherste, aber wenig bekannte Methode nach Kleinschmidt. So lange es aber hier nicht eine umfangreichere Statistik von mehreren Hunderten von Nachuntersuchungen gibt, möchte K. doch dringend raten, Leistenbrüche weiter nach Bassini da zu operieren, wo wir für eine subtile Technik und sichere Asepsis garantieren können.

Auch nach Perthes ist es sicher berechtigt, wenn K. die wohlbewährte Bassinische Operation gegenüber neuen, nicht genügend nachkontrollierten Vorschlägen in Schutz nimmt. Dennoch muß zugegeben werden, daß auch Plenz Recht hat, wenn er auf einen schwachen Punkt der Bassinischen Methode hinweist. Die Muskelplatte des Obliquus abdom. int., die bei der typischen Bassini-Operation an dem Poupartschen Bande angenäht wird und so die erstere tiefere Schicht des neuzubildenden Leistenkanales abgibt, ist zur Herstellung eines soliden Verschlusses wenig geeignet. Perthes empfiehlt deshalb die von Hackenbruch angegebene Verwendung der Externusaponeurose für die tiefe Schicht der Bassini-Operation, wodurch ein sehr verläßlicher widerstandsfähiger Verschluß der Bauchpforte erreicht wird. Wagner (Leipzig).

88. **Behandlung der Hydrokele mit Formalin;** von F. Franke. (Zentralbl. f. Chir. 1918. Nr. 2. S. 17.)

Fr. empfiehlt die Injektion von 1—2proz. Formalinlösung, die 5 Minuten später wieder ausgesaugt wird. Das Verfahren würde in Frage kommen für Fälle, in denen der Kranke trotz immer wiederkehrender Ansammlung der Flüssigkeit nach vor-

genommener Punktion jeden operativen Eingriff verweigert, oder wo aus besonderen Gründen die Operation untunlich erscheint. Die Formalinbehandlung kann ambulant durchgeführt werden.
Wagner (Leipzig).

89. **Zur Operation der Hernia obturatoria incarcerata;** von L. Zorn. (Zentralbl. f. Chir. 1918. Nr. 11. S. 168.)

Mitteilung von 3 Fällen, die ohne Schwierigkeit durch Laparotomie versorgt wurden. „Ein Femoralschnitt führte nicht zum Ziele, weil der Darm nach Durchtrennung des M. pectineus zurückschlüpfte." In den anderen Fällen ließ sich der Darm durch vorsichtigen Zug lösen. An der Operation starb von 3 Patienten eine, eine 73jährige Frau in desolatem Zustande. Danach muß sich Z. der Forderung anschließen, als Mittel der Wahl bei eingeklemmten, obturatorischen Hernien die Laparotomie anzusehen und vor dem primären Femoralschnitt zu warnen. In allen 3 Fällen wurden Eingriffe am Darm vorgenommen, die bei femoralem Vorgehen nicht hätten gemacht werden können. Sollte nach Laparotomie der Darm nicht folgen, so tritt Hofmeiers einleuchtendes kombiniertes Verfahren in seine Rechte. Unter Umständen gibt ein Bauchdeckenquerschnitt auf der erkrankten Seite bessere Übersicht als ein Längsschnitt. Wagner (Leipzig).

---

90. **Zur Frage der Beschaffung von Ersatzgliedern;** von Marcus. (Monatsschr. f. Unfallheilk. u. Invalidenw. Bd. 25. Nr. 3. S. 49. 1918.)

Beinamputierte sollen so schnell wie möglich ein Kunstbein erhalten, auf die Gefahr hin, daß infolge nachträglich eintretender stärkerer Stumpfabmagerung ein neues Kunstbein oder eine Umänderung sehr bald notwendig wird, denn sie gewöhnen sich fast durchweg so schnell und so gut an den Gebrauch des Ersatzgliedes, daß sie sehr bald wieder in das Erwerbsleben zurücktreten können. Bei Armamputierten soll man mit der Beschaffung eines Arbeitsarmes nicht so schnell bei der Hand sein. Hat man ihn gegeben, so muß der Amputierte in seinem Gebrauch eingehend unter sachverständiger Leitung unterwiesen werden, und zwar nicht nur theoretisch, sondern praktisch in der Werkstätte, die dem von ihm zukünftig erwählten Berufe entspricht. Ein sog. Schönheitsarm zur Verkleidung des Defektes muß dagegen sehr bald gegeben werden. Wagner (Leipzig).

91. **Anatomische und klinische Studien über die Notwendigkeit und den Wert frühzeitiger aktiver Bewegungen bei Verletzungen der Gliedmaßen;** von L. Böhler. (Zentralbl. f. Chir. 1918. Nr. 6. S. 81.)

Um narbige Verwachsungen zu verhüten, läßt B. alle Verwundeten ihre Glieder sofort möglichst ausgiebig bewegen, sobald die Temperatur unter 38° gesunken ist. Bei Weichteilverletzungen läßt sich dies leicht durchführen, viel schwerer ist es bei gleichzeitiger Verletzung der Knochen. Es ist aber nur Sache der Technik, die Bruchenden ruhigzustellen und die Nachbargelenke doch ausgiebig zu bewegen. Auch bei ausgedehntester Weichteilzerstörung sind Bewegungen möglich. Wichtig ist es aber, daß sie vom Verwundeten selbst, sei es aktiv oder passiv, ausgeführt werden. Durch frühzeitige Bewegungen werden auch die Zirkulationsverhältnisse gebessert und daher die Heilungstendenz gefördert. Ein Fortschreiten von entzündlichen Prozessen ist beim frühzeitigen Bewegen nicht zu befürchten, wenn man sich streng daran hält, nur den Verwundeten selbst bewegen zu lassen. Elektrizität und Massage können die aktiven Bewegungen nie ersetzen.
Wagner (Leipzig).

92. **Über Schußverletzungen des subskapularen Raumes;** von Th. Walzberg. (Zentralbl. f. Chir. 1918. Nr. 1. S. 1.)

Granatsplitter, die, das Schulterblatt von hinten loch- oder rißförmig durchbohrend, eine Zerreißung der subskapularen Muskulatur herbeiführen, können außerordentlich gefährliche Blutungen veranlassen, und zwar nicht wegen der Größe der fraglichen Gefäße, sondern besonders wegen der Unzugänglichkeit des subskapularen Raumes. Zwei Wege gäbe es, spritzende Arterien im subskapularen Raume aufzusuchen: einmal die Exstirpation des Schulterblattes, sodann die Aufklappung durch Schedes Schnitt, wie bei der Thorakoplastik. Beide Eingriffe bedingen einen erheblichen Blutverlust. W. hat bei einer solchen Schußverletzung mit Erfolg die Art. subscapularis unterbunden, die den größten Anteil an der Versorgung der Muskulatur der vorderen Schulterblattfläche hat. Sollte der Eingriff bei Blutung aus einer Art. intercostalis ohne Erfolg sein, so hat man wenigstens die Beruhigung, nicht geschadet zu haben, da die Freilegung und die Unterbindung der Art. subscapularis ja fast ohne Blutverlust zu machen sind; andererseits aber hat man die Gewißheit, daß die Hauptquelle der subskapularen Blutung, soweit sie aus der Muskulatur stammt, verstopft ist. Wagner (Leipzig).

93. **Eigenartige Knorpelverletzungen am Capitulum humeri;** von M. Kappis. (D. Zeitschr. f. Chir. Bd. 142. Nr. 3 u. 4. S. 182. 1918.)

K. berichtet zunächst über 5 Fälle von Ablösung einer Knorpelkappe vom Capitulum humeri, denen er 8 Fälle anreiht von teilweisen Aussprengungen aus dem Capitulum humeri. Die klinischen Erscheinungen sind bei beiden Arten von Verletzungen die gleichen. Stets handelte es sich um Jünglinge oder Knaben im Wachstumalter, bei denen es meist im Anschluß an ganz leichte Traumen zu einer chronischen schmerzhaften Entzündung des Ellbogengelenkes kam. Fast immer saß die Affektion im rechten Ellbogen, d. h. dem gewöhnlichen Gebrauchs- und Arbeitsarm. Das Röntgenbild zeigte immer Unregelmäßigkeiten oder Aufhellungen oder Defekte am Capitulum humeri, ließ aber den abgesprengten Knorpelkörper nicht oder nur undeutlich erkennen. Therapeutisch ist die Entfernung der Gelenkkörper zu verlangen. Aber auch dann kann der Ellbogen meist nicht geradegestreckt werden, da es schon früh zu Wachstumsveränderungen an den Gelenkknochen kommt. Werden die abgestoßenen Knorpelkörper nicht operativ entfernt, so entwickeln sich freie Ellbogengelenkkörper. K. teilt 11 solche Fälle von Gelenkmaus mit, die wohl sicher ursächlich auf eine Knorpelabsprengung am Capitulum humeri zurückgehen. Diese Knorpelverletzungen und abgesprengten Knorpelstücke führen zur Gelenkkörperkrankheit mit allen Folgen, insbesondere auch der der Arthritis deformans. Wagner (Leipzig).

94. **Zur Klinik der Kniegelenksschüsse;** von Kreglinger. (Münchn. med. Woch. 1918. Nr. 6. S. 150.)

Die erste Versorgung der Kniegelenkschüsse entscheidet über die späteren Erfolge. Glatte Infan-

terie- bzw. Maschinengewehrschüsse erhalten prophylaktisch Phenolkampfer, sonst konservative Behandlung. Steckschüsse verlangen dringliche Operation, Phenolkampfer bei Temperatur wiederholt, Schrapnell-, Granatsplittersteck- oder Durchschüsse werden unter Exzidierung des Schußkanals mit Phenolkampfer bzw. mit Spülung mit 2proz. Karbolsäurelösung und nachfolgendem Auswaschen mit physiologischer Kochsalzlösung bis zu gleichbleibender Temperatur behandelt. Fixierung und Nachbehandlung geschehen zunächst auf Cramerschiene in Semiflexion, später in Gipshülse mit Mobilisierungsbügel. Cordes (Berlin).

95. **Zur Entstehung von Schlottergelenken im Knie nach Oberschenkelbrüchen;** von Ph. Erlacher. (Zentralbl. f. Chir. 1918. Nr. 9. S. 133.)

Von 98 genauer untersuchten Oberschenkelbrüchen hatte E. nur bei einer Schenkelhalsfraktur keine und in weiteren 6 Fällen (darunter noch 2 Schenkelhalsbrüche) nur angedeutet eine Schlotterung im Knie feststellen können; während in allen anderen Fällen ein Schlottergelenk in gut meßbarer Stärke ausgebildet war. Weitere Untersuchungen, die E. namentlich auch in Hinblick auf die Mitteilung von Böhler vorgenommen hat, führten zu folgendem Ergebnis: Das Schlottergelenk *entsteht* dadurch, daß durch den primären Erguß im Kniegelenk schon bei der Fraktur der Kapsel-Bandapparat überdehnt wird, und es *wird manifest* deshalb, weil durch die nachfolgende Verkürzung die muskuläre Fixierung des Gelenkes herabgemindert wird. Die Art der Behandlung von Oberschenkelbrüchen ist ohne wesentlichen Einfluß auf das Entstehen des Schlottergelenkes. Jedes Schlottergelenk tritt um so weniger unangenehm in die Erscheinung, je unbedeutender die Verkürzung, je funktionstüchtiger die Oberschenkelmuskulatur ist und je geringer die Versteifung nach Abschluß der Behandlung war. Wagner (Leipzig).

96. **Über Aneurysmen nach Schußverletzung nebst einem Beitrag zur Kasuistik des Aneurysma spurium traumaticum art. tibial. post.;** von F. Simon. (D. Zeitschr. f. Chir. Bd. 142. Nr. 1 u. 2. S. 74. 1918.)

Ausführliche Mitteilung eines Falles von Aneurysma spurium traumat. art. tibial. posterioris. Inzision des Sackes, Ligatur; Heilung. Die am meisten interessierende Besonderheit des Falles ist die zirkumskripte Verknöcherung in der Muskulatur der Wade. Bei der Aneurysma-Operation wurden die Knochenschalen eingebrochen. Patient wurde als garnisondienstfähig entlassen. S. gibt eine eingehende kritische Besprechung der Ligatur- und Nahtmethoden bei der Aneurysmabehandlung. Wagner (Leipzig).

97. **Über einen Abrißbruch des Wadenbeinköpfchens;** von L. Böhler. (Zentralbl. f. Chir. 1918. Nr. 7. S. 100.)

Zu den seltensten Brüchen gehört die Abrißfraktur des Wadenbeinköpfchens. Während bei den meisten Knochenbrüchen die Bruchenden eine Verschiebung im Sinne der Verkürzung erleiden, entfernen sich bei dieser Fraktur durch Muskelwirkung die Bruchstücke voneinander in derselben Weise wie beim Bruch der Kniescheibe und des Olekranon. Beim Abrißbruch des Wadenbeinköpfchens ist die aktive Beugefähigkeit des Unterschenkels nicht aufgehoben, weil die medialen Beuger noch funktionieren; dagegen ist bei gebeugtem Knie die aktive Außenkreiselung des Unterschenkels unmöglich. Besonders geschädigt ist die Festigkeit des Kniegelenks; der N. peroneus ist meist in Mitleidenschaft gezogen. B. teilt eine eigene Beobachtung mit, wo das abgebrochene Wadenbeinköpfchen 3,5 cm nach oben gezogen war. Silberdrahtnaht; sehr gute funktionelle Heilung; Rückgang der Peroneuslähmung. Wagner (Leipzig).

VI. Augenheilkunde.

98. **Zur Anatomie des Staphyloma corneae;** von E. Fuchs. (Gräfes Arch. f. Ophthalm. Bd. 95. H. 3. S. 215. 1918.)

F. untersuchte eingehend und in jeder Richtung die Anatomie des Hornhautstaphyloms. Die Form des Irisvorfalls ist abhängig von der Größe der Durchbruchsöffnung und dem Zustand der die Hornhautwunde begrenzenden Ränder. Oft überzieht die Descemetsche Membran infolge ihrer Widerstandsfähigkeit noch als gedehntes Häutchen die Iris. Die meist zu beobachtende Schwellung des vorgefallenen Irisstückchens kann auf der durch die Inkarzeration bedingten Stauung oder auf der schon vorher an der noch nicht prolabierten Iris bestehenden Entzündung beruhen. Der Augendruck wird durch den Vorfall selbst erhöht, sinkt aber wieder, und zwar unter die Norm, wenn Schwarten eine Phthisis bulbi herbeizuführen beginnen. Durch andrängende Linse oder durch Glaskörper kann die Pupille weit geöffnet sein. Das Schicksal der vorgefallenen Iris führt von der frischen entzündlichen Infiltration über das Stadium der Einwanderung von Fibroblasten und neugebildeten Gefäßen zum Auftreten des ersten Bindegewebes, dessen Züge, zuerst parallel zur Oberfläche angeordnet, schließlich regelmäßige Lamellen bilden. So ist das Staphylom ausgebildet. Seine degenerativen Veränderungen sind durch Hyalin- und Kalkeinlagerungen charakterisiert. Sämtliche Abschnitte des Auges können an der durch den Vorfall bedingten Druck- und Formveränderung teilnehmen. Während die Sklera des Kindes mit allgemeiner Ausdehnung zu antworten vermag, pflegen sich bei Erwachsenen Interkalar- oder Ziliar-Staphylome auszubilden. Der nicht vorgefallene Teil der Iris ist meist atrophisch; ebenso der oft gedehnte Ziliarkörper, wenn auch infolge Drucksteigerung sein Epithel nicht selten gewuchert ist. In den zahlreichen Fällen mit fehlender, durch die Perforationsstelle ausgetretener Linse bleibt die Kapsel meist zurück. Den vorderen Glaskörperabschnitt pflegt ein feines Fibrinnetz zu durchziehen. Nicht selten ist die Aderhaut durch ein seröses Exsudat oder durch Blut abgehoben. Während in der Netzhaut Faltenbildung, Ödem, ja Lochbildung in frischeren, Atrophie mit Pigmentdegeneration in älteren Fällen fast die Regel bilden, ist eine typische Ablatio selten. Oft dagegen beobachtet man eine Ausziehung des vorderen Netzhautteils über die Ora serrata hin. Die anfangs meist geschwollene Papille wird später oft durch Druck exkaviert. Häufig findet man eine Vergrößerung des Zwischenscheidenraums und Verziehung der Papille, ähnlich den entsprechenden, von der hochgradigen Myopie her bekannten Veränderungen. Filbry (Würzburg).

99. **Eine neue Methode der klinischen Nystagmographie;** von Kasimir Majewski.

(Gräfes Arch. f. Ophthalm. Bd. 96. H. 1 u. 2. S. 140. 1918.)

Während das sogenannte pneumatische Verfahren von Buys auf der Registrierung desjenigen Ausschlags beruht, den ein kleiner Kartonpapierhebel, der bei geschlossenen Lidern auf das Oberlid geklebt wird, infolge des Austretens einer kleinen Luftblase bei jeder Augenbewegung macht, während Wojatschek nach demselben Prinzip das Licht eines auf dem Oberlid befestigten Spiegels photographiert, benutzte M. selbst zuerst eine ähnliche Anordnung mit der Verbesserung, daß er einen kleinen Stab am Oberlid anbrachte, dessen Schatten im Lichte einer Bogenlampe er dann photographierte. In der Erkenntnis der großen, diesen Methoden anhaftenden Mängel und in dem Bestreben, die Bewegungen des Auges selbst darzustellen, suchte und fand M. einen Apparat, der durch Saugwirkung dem Bulbus fest anhaftet und nach oben mit einem Hebel versehen ist, dessen Bewegungen photographiert werden. Ein Vergleich der mit den verschiedenen Verfahren aufgenommenen Kurven zeigt die Überlegenheit der letzten Methode, da die Kurve eine viel feinere Analyse der Augenbewegungen zuläßt. Filbry (Würzburg).

100. **Über myotonische Dystrophie mit Katarakt**; von Bruno Fleischer. (Gräfes Arch. f. Ophthalm. Bd. 96. H. 1 u. 2. S. 91. 1918.)

Auf Grund genauer spezialärztlicher Untersuchungen von Patienten mit präseniler Katarakt in neurologischen und inneren Kliniken glaubt Fl. 38 Fälle von *myotonischer Dystrophie mit Katarakt* innerhalb von 17 Jahren festgestellt zu haben. Neben kurzer Charakterisierung der Krankheit im allgemeinen geht Fl. insbesondere auf die Verlaufseigentümlichkeiten der mit vorzeitigem Star komplizierten Fälle ein. Katarakt sei oft schon ein Frühsymptom der Krankheit. So wie der Umstand, daß in der Generation, die der von Myotonie und präseniler Katarakt gemeinsam befallenen direkt voraufgeht, häufig präsenile Katarakt ohne Muskelstörungen vorkommt, Licht in das Dunkel der Pathogenese der myotonischen Dystrophie bringen könne, so sei umgekehrt für das Problem der Starbildung überhaupt das Vorkommen der Katarakt bei dieser wohl auf innersekretorischen Störungen und Veränderungen im Zentralnervensystem beruhenden Erkrankung von größtem, allgemein wissenschaftlichem Interesse. Filbry (Würzburg).

101. **Anatomischer Befund bei traumatischer Ausreißung des Sehnerven**; von E. v. Hippel. (Gräfes Arch. f. Ophthalm. Bd. 96. H. 1 u. 2. S. 134. 1918.)

Den wenigen in der Literatur vorhandenen, sorgfältig zitierten diesbezüglichen Mitteilungen fügt v. H. in seiner Arbeit: *„Anatomischer Befund bei traumatischer Ausreißung des Sehnerven"* einen eigenen, mikroskopisch untersuchten Fall hinzu. Es lag eine totale Ausreißung des Sehnerven mit seinen Scheiden vor, als Folge einer Stacheldrahtverletzung des Auges. 9 Tage nach der Verletzung wurde die Enukleation des amaurotischen Bulbus vorgenommen. Durch die Kürze des Intervalls gewinnt der histologische Befund an Interesse. Das Ganglion n. opt. ist degeneriert, allerdings war es wohl direkt mitverletzt gewesen. Lediglich die inneren Schichten der nur zum Teil abgerissenen Netzhaut sind hochgradig degeneriert, während die äußere Körnerschicht und vornehmlich die Stäbchen und Zapfen, die peripher kleine Vakuolen aufweisen, relativ gut erhalten sind. Filbry (Würzburg).

102. **„Licht und Leben"**; von Fr. Schanz. (Gräfes Arch. f. Ophthalm. Bd. 96. H. 1 u. 2. S. 172. 1918.)

In seinem Aufsatz *„Licht und Leben"* führt Sch. die Wirkungen des Lichtes auf den lebenden Organismus im Zusammenhang an. Nach seiner Theorie über die Bedeutung des Lichtes für die Bildung des Altersstars sei im ultravioletten Teil des Lichtes eine im Laufe des Lebens sich summierende Schädlichkeit für die Linse zu erblicken. Als Stützen seiner Hypothese führt Sch. an, der Glasbläserstar werde durch das an inneren ultravioletten Strahlen so reiche Licht des offenen Feuers verursacht; ferner bringt er mit seiner Anschauung die Tatsache in Zusammenhang, daß Starbildung häufig in der unteren Linsenhälfte beginne, da die obere Hälfte gewöhnlich nur von dem an ultravioletten Strahlen ärmeren, reflektierten Erdboden nicht getroffen werde. Es äußere sich die Lichtwirkung zuerst in einer Eiweißgerinnung in der Linse. Auch präsenile Starbildung auf bekannter klinischer Grundlage wie Diabetes erklärt er mit der Lichtwirkung, indem er Traubenzucker und noch viel mehr Azeton als positive Photokatalysatoren anschuldigt, den schädigenden Einfluß des Lichtes zu erhöhen. Nach einer Würdigung der Geschichte der Lichtbehandlung gibt Sch. einen Überblick über seine Erfolge und die Anwendungsweise mit moderner Strahlentherapie bei Augenerkrankungen wie der Iristuberkulose, skrofulösen Entzündungen, zur Aufhellung von Hornhautnarben usw. Filbry (Würzburg).

103. **Pathologie der Sehbahn I**; von Igersheimer. (Gräfes Archiv f. Ophthalm. Bd. 96. H. 1 u. 2. S. 1. 1918.)

Ig. kommt durch genaue Gesichtsfeldprüfungen, die er zu diesem Zweck an einer 2 m hohen und breiten, 1 m entfernten schwarzen Tafel vornimmt, zu wichtigen Befunden von Gesichtsfelddefekten, die er kritisch mit den bisher anerkannten Vorstellungen von der Ausbreitung der Sehnervenfasern in der Netzhaut in Zusammenhang zu bringen sucht. Während durch genaues Ausperimetrieren senkrecht zum erwarteten Faserverlauf für das Gebiet der papillomakularen Bündel sich eine gute Übereinstimmung der Lage und Form der Skotome mit den anatomischen Verhältnissen ergibt, so ist dies für die Peripherie nicht in dem gleichen Maße möglich. Da man mangels genauerer Kenntnisse eine einfach radiäre Ausbreitung der Fasern über die ganze Peripherie hin annahm, da man auch etwas anderes färberisch nicht zeigen und in der Peripherie auch in Vogts rotfreiem Lichte nicht darstellen konnte, glaubt Ig. fordern zu können, wir müßten nötigenfalls auf Grund einwandsfreier Gesichtsfelduntersuchungen unsere anatomischen Vorstellungen revidieren. Eine vielfach gefundene Form peripherer Bündeldefekte zeigte die gemeinsame Eigentümlichkeit eines anfangs zur Makula konzentrischen Verlaufs, ehe die Richtung in den Radius umbog. Zu berücksichtigen ist außer der Form auch die Intensität des Skotoms. So sprach schon Bunge von einem zwischen Fixierpunkt und blindem Fleck gelegenen Kulminationspunkt des Zentralskotoms bei Intoxikationsamblyopie. Sachs legte die „Kernstelle" des Skotoms nach außen vom blinden Fleck. Demgegenüber gibt es auch Skotome, deren Intensitätsmaximum in der Peripherie liegt. Aus dem Befunde einer konzentrischen Gesichtsfeld-

einengung auf einen in der Peripherie des Sehnervenquerschnitts nachweisbaren umschriebenen Krankheitsprozeß zu schließen, sei wegen der Seltenheit einer solchen Übereinstimmung nicht erlaubt. Genauer orientiert sind wir über die Lage des papillomakularen Bündels im Sehnervenquerschnitt. So fand Ig. bei Sektion einer frischen Tabak-Alkohol-Amblyopie mit Zentralskotom nahe der temporalen Peripherie des Sehnervenquerschnitts einen etwa $^1/_{10}$ des Gesamtquerschnitts einnehmenden Herd. Die sog. „Vergrößerung des blinden Flecks" müsse man auf Erkrankung intermediär endigender Fasern zurückführen, die ungefähr die Achse des Sehnerven einnähmen. Die Schwierigkeit der Deutung eines Ringskotoms und einer zugrunde zu legenden anatomischen Vorstellung als Ursache sucht Ig. zu überwinden durch den Nachweis seines häufigen Zusammenhanges mit dem blinden Fleck. Das praktisch wichtigste Resultat der Arbeit erscheint die nach der verfeinerten Methode erweiterte Möglichkeit frühzeitiger und präziser Diagnostizierung kleiner Skotome, wie z. B. des Bjerrumschen Skotoms bei Glaukom.

Filbry (Würzburg).

104. **Der leuchtende Landoltsche Ring zur Feststellung der Leistungsfähigkeit der Augen im Dunkeln;** von Cramer. (Münchn. med. Woch. 1918. Nr. 14. S. 378.)

Cr. benutzt den 2. Landolstschen Ring (D = 25), den er mit Leuchtfarbe (Schwefelzink und radioaktive Substanz) hat anstreichen lassen, zur Untersuchung auf Hemeralopie. Ein Meßband wird dem Untersuchten am Kopf befestigt und die Entfernung gemessen, in welcher er noch die Stellung der dunkeln Lücke angeben kann. Vorher ist Dunkeladaptation von $^1/_2$ oder besser $^3/_4$ Stunden notwendig. Wird die Lücke in 3 m Entfernung erkannt, dann ist die unbedingte Kriegsbrauchbarkeit erwiesen. Beim Erkennen der Lücke zwischen 2 und 3 m ist der Untersuchte beschränkt frontdienstfähig.

Schoeler (Berlin).

105. **Über die räumliche Anordnung der Zentren in der Sehsphäre des menschlichen Großhirns;** von O. Pötzl. (Wiener klin. Rundschau 1918. Nr. 27. S. 745.)

P. bestätigt das bekannte Wilbrand-Saengersche Schema über die räumliche Anordnung der Teilzentren innerhalb der engeren Sehsphäre und erweitert es. Er nimmt die Ausdehnung des Zentrums für den makulären Bereich als relativ sehr groß an und als relativ am größten die Zentrierung des Fixierpunktes. Die Meridiane des Gesichtsfeldes überlagern sich im Pol des Gesichtsfeldes, im Fixierpunkt. — Bei Fällen von reiner Wortblindheit und Farbenagnosie ist meist eine volle rechtsseitige Hemianopsie vorhanden und die Autopsie ergibt Erkrankung der frontalen Partien der lingualen Lippe der Kalkarina, der Bezirke, die dem peripheren Sehen des oberen Gesichtsfeldquadranten zugeordnet sind. Es scheint, daß an der Aktivierung der Farben zur bewußten Wahrnehmung die Leistungen von Zentren in der weiteren Sehsphäre ganz besonders beteiligt sind und daß für die Aktivierung gewisser Farbentöne, die gerade von den zentralen Partien des Gesichtsfeldes voll erfaßt werden, eine Partie der weiteren Sehsphäre in Betracht kommt, die von den zerebralen Repräsentanten derselben soweit als möglich abliegt. An diese Tatsachen, die P. mit Krankengeschichten belegt, knüpft er weitergehende Betrachtungen und Folgerungen an.

Schoeler (Berlin).

C. Bücherbesprechungen.

1. **Leitfaden für die chemischen Übungen der Studierenden der Medizin;** von A. Franke. Leipzig u. Wien 1918. Fr. Deuticke. 97 S. (Brosch. 2 Mk. 50 Pf.)

Vorliegendes Büchlein bildet einen leicht faßlich und klar geschriebenen Leitfaden für den Anfänger im chemischen Praktikum. Es zerfällt in einen anorganischen und organischen Teil. Im anorganischen sind außer den qualitativen Untersuchungsmethoden auch die quantitativen analytischen Methoden kurz skizziert und durch Beispiele erläutert. Im organischen Abschnitt ist auf die physiologisch wichtigen Substanzen besonders Rücksicht genommen.

Bachem (Bonn).

2. **Lehrbuch der Harnanalyse;** von Ivar Bang. Wiesbaden 1918. J. F. Bergmann. 151 S. mit 3 Textabb. (Geb. 7 Mk. 60 M.)

Dieser Leitfaden bildet eine wertvolle Unterstützung für das physiologisch-chemische Praktikum der Mediziner. Die darin mitgeteilten Methoden machen das Buch aber auch zum Gebrauch für die Praxis geeignet. Die sich als brauchbar erweisenden chemischen Untersuchungsmethoden sind ausführlich mitgeteilt, auch im Harn selten vorkommende Stoffe sind berücksichtigt. Ferner ist der Nachweis einiger Arzneimittel im Harn beschrieben, wenn auch hier wichtige Arzneimittel, z. B. Veronal, fehlen; beim Urotropin vermißt man die einfache Abelinsche Probe.

Es ist nicht zu bezweifeln, daß das B.sche Buch, das auch auf die pathologische Bedeutung der einzelnen Substanzen hinreichend Rücksicht nimmt, im klinischen Laboratorium als guter Ratgeber dienen wird.

Bachem (Bonn).

3. **Lehrbuch der Röntgenkunde;** von H. Rieder u. J. Rosenthal. 2. Bd. Leipzig 1918. J. A. Barth. 508 S. mit 344 Abb. im Text u. 5 Taf. (Geh. 27 Mk., geb. 30 M. u. 20% Zuschlag.)

Der nunmehr vorliegende 2. Band des Lehrbuchs der Röntgenkunde, dessen Erscheinen seit langem als einem dringenden Bedürfnis entsprechend erwartet wurde, enthält im wesentlichen die im 1. Band noch nicht berücksichtigten diagnostischen Anwendungen der Röntgenstrahlen und die Röntgentechnik sowie ein für Band 1 und 2 gemeinschaftliches Namen- und Sachregister. Die Reihe der Mitarbeiter ist um weitere hervorragende Fachgelehrte erweitert worden, die gemäß ihrer besonderen spe-

zialistischen Bedeutung die einschlägigen Kapitel bearbeitet haben. Eine umfassende Besprechung hat die Röntgenuntersuchung in der Rhino-Laryngologie von H. Neumayer gefunden. Technik und praktische Anwendung der Methode zur Untersuchung der Nase, deren Nebenhöhlen, der Mund- und Rachenhöhle, des Kehlkopfes, der Luftröhre und der Bronchien werden eingehend berücksichtigt. B. Heine bespricht das Röntgenbild des normalen und kranken Ohres wie dessen diagnostische Bewertung. Die Verwendung der Röntgenstrahlen in diagnostischer und therapeutischer Beziehung in der Augenheilkunde bespricht F. Salzer, mit besonderer Berücksichtigung der Fremdkörperlokalisation im Auge. Einer systematischen Darstellung der Röntgenuntersuchung in der Neurologie hat sich W. Fuernrohr unterzogen, in Einzelbetrachtungen der Krankheiten des Schädels, des Gehirns, des Rückenmarks, der Wirbelsäule, der peripheren Nerven, der funktionellen wie vasomotorisch-trophischen Neurosen, der Erkrankungen der Drüsen mit innerer Sekretion und des Sympathikus. Die Röntgenuntersuchung in der Gynäkologie und Geburtshilfe hat ihren Bearbeiter in C. Reifferscheid, die in der Kinderheilkunde in Th. Gött gefunden. Weitere sehr ausführliche Abschnitte sind der Anatomie von A. Hasselwander und der Röntgentechnik von J. Rosenthal gewidmet. Während Grashey die Methoden der allgemeinen Fremdkörperlokalisation einer ausführlichen Kritik unterzieht, hat es G. Baer übernommen, über die Fehlerquellen bei der Deutung von Röntgenbildern im allgemeinen zu berichten. Auf größere Tafeln ist im allgemeinen verzichtet worden, die dem Text zahlreich beigegebenen Skizzen fügen sich dem Ganzen in einer der Zeit entsprechenden, den Text hinreichend erläuternden Ausführung an. Hinsichtlich den unter den obwaltenden Umständen vorliegenden Schwierigkeiten bei der Bearbeitung und Drucklegung eines Lehrbuches der Röntgenkunde ist die vom Verlage gebotene Ausstattung des Werkes anzuerkennen. Kautz (Hamburg).

4. **Der variköse Symptomen-Komplex (Phlebektasie, Stauungsdermatose, Ulcus cruris), seine Grundlagen und Behandlung;** von G. Nobl. 2. Aufl. Berlin und Wien 1918. Urban & Schwarzenberg. (Brosch. 15 Mk., geb. 18 Mk.)

An seinem besonders reichlichen Material an varikösen Erkrankungen hat N. ihre geweblichen Grundlagen, kausalen Beziehungen, funktionellen Konsequenzen und klinischen Eigenheiten gründlich studiert und sich bemüht, jenes pathogenetische Wechselverhältnis aufzudecken, dessen Berücksichtigung allein ein erfolgreiches, therapeutisches Vorgehen sichert. Seine Erfahrungen hat er im vorliegenden Bande niedergelegt, der nach kurzer Zeit in 2. Auflage erschienen ist. Nach anatomisch-physiologischen Vorbemerkungen und einem geschichtlichen Rückblick schildert er uns die pathologische Anatomie der Phlebektasien und Histologie der Stauungsdermatosen und des Ulcus cruris. Er bespricht die Ursachen, Entstehung, Vorkommen und wirtschaftliche Bedeutung der varikösen Erkrankungen: Varizen, Varikophlebitis, variköse Hautveränderungen, Ulcus cruris in seinen verschiedenen Beziehungen zu Erysipel, Elephantiasis, Epitheliom, Knochenveränderungen, Syphilis, Tuberkulose, Granulationsgeschwülsten und anderen Zerfallsformen. Nach einem kurzen Kapitel über die Diagnose, die ja keine Schwierigkeiten bereitet, werden die Behandlungsmethoden durchgesprochen: Vorbeugung, konservative, operative, medikamentöse, physikalische Therapie. Als verläßliches konservatives Heilverfahren hat N. ganz besonders die künstliche Obliteration schätzen gelernt. Eine große Zahl von Abbildungen dienen nebst farbigen und schwarzen Tafeln dem Werk zum Schmuck und erleichtern das Verständnis. Bei der enormen Ausbreitung der Ulcera cruris sollte dies Werk einen recht großen Leserkreis finden; denn gibt es wohl einen praktizierenden Arzt, der sich nicht schon mit dieser *crux medicosum* herumgequält hätte? Chirurgen und Dermatologen werden das Buch jedenfalls ihrer Bibliothek einverleiben müssen.

Brauns (Dessau).

5. **Orthopädisches Heimturnen;** von A. Bösch. Bd. 1: *Für Armverletzte.* Wien 1918. A. Pichlers Wwe. & Sohn. 121 S. mit 6 Taf. u. 68 Abb. (5 Mk.)

Dem gut ausgestatteten Buche haben die Professoren Fick und v. Haberer zum Geleite empfehlende Worte beigegeben. B. beschreibt einen bisher noch nicht versuchten Ausbau des Turnens nach der Seite der orthopädischen Behandlung. Zunächst bestimmt für die vielen an ihren Gliedmaßen verletzten Krieger, denen es behilflich sein soll, auch ohne den Gebrauch teurer Apparate, im eigenen Heim durch planmäßig ausgeführte Übungen möglichst viel der verlorengegangenen Arbeitstüchtigkeit wiederzugewinnen, soll es auch Turnvereinen und der Schule ein guter Ratgeber sein. Das Buch ist aber auch als Hilfsbuch für das ärztliche Hilfspersonal, für die mit Massage oder Heilgymnastik beruflich tätigen Personen gedacht.

Diesem ersten Bande sollen noch drei weitere folgen. Wagner (Leipzig).

6. **Medizinalkalender für das Jahr 1919,** (Kalendarium, 2 Beihefte, Verfügungen und Personalien.) Berlin 1919. A. Hirschwald.

Der Verlag darf sich als besonderes Verdienst anrechnen, den diesjährigen Medizinalkalender wieder mit großer Pünktlichkeit herausgebracht zu haben. Die Ausstattung ist im Verhältnis zu den Schwierigkeiten im graphischen Gewerbe eine ziemlich gute. Der Inhalt wird als bekannt vorausgesetzt. In der Verordnungslehre wurden zahlreiche neuere Arzneimittel neu aufgenommen, wenn man auch einige bekanntere vermißt. Bachem (Bonn).

Berichtigung:

Bei Besprechung des Buches von Hochsinger „Gesundheitspflege des Kindes im Elternhause" in Band 328, Heft 3 (Sept. 1918) ist mir ein Versehen untergelaufen, das ich lebhaft bedauere. Hochsinger wünscht die Ernährung des gesunden Kindes beschränkt auf Milch, eingekochter Fleischbrühen usw. bis zum Schluß des dritten Lebens**halb**jahres, nicht, wie irrtümlicherweise im Referat angegeben, bis zum Schluß des dritten Lebensjahres. Brückner (Dresden).

Für die Redaktion verantwortlich: Prof. Dr. Bachem in Bonn.
A. Marcus & E. Webers Verlag (Dr. jur. Albert Ahn) in Bonn. — Druck: Otto Wigand'sche Buchdruckerei G. m. b. H. in Leipzig.

Michigan 57

SCHMIDTS JAHRBÜCHER

DER IN- UND AUSLÄNDISCHEN

GESAMTEN MEDIZIN

HERAUSGEGEBEN UNTER MITWIRKUNG VON

Prof. ASCH-Straßburg; Prof. BACHEM-Bonn; Priv.-Doz. Dr. BLUM-Wien; Dr. BRAUNS-Dessau; Dr. BRÜCKNER-Dresden; Dr. BRÜTT-Hamburg; Dr. CORDES-Berlin; Prof. CORDS-Bonn; Prof. DITTLER-Leipzig; Dr. FILBRY-Würzburg; Dr. FISCHER-DEFOY-Dresden; Prof. FLURY-Berlin-Dahlem; Dr. FRAENKEL-Heidelberg; San.-Rat Dr. GANTER-Wormditt; Dr. GEPPERT-Hamburg; Prof. GRUBE-Bonn (Neuenahr); Dr. HAHN-Baden-Baden; Prof. HEIMANN-Breslau; Zahnarzt HEYDEN-Bonn; Prof. HIRSCH-Göttingen; Prof. HOFFMANN-Düsseldorf; Priv.-Doz. Dr. ISAAC-Frankfurt a. M.; Ob.-Stabsarzt Dr. JAEHN-Breslau; Priv.-Doz. Dr. JOLLY-Halle a. S.; Dr. KADNER-Dresden; Dr. KANKELEIT-München; Prof. KAUFMANN-Göttingen; Dr. KAUTZ-Hamburg; Med.-Rat KELLNER-Hubertusburg; Dr. KINDBORG-Bonn; Prof. G. KLEMPERER-Berlin; Dr. KLIEN-Leipzig; Dr. KLOTZ-Schwerin; Prof. KÖLLNER-Würzburg; Dr. KÖNIGSFELD-Freiburg i. Br.; Dr. LAMERS-Herzogenbusch; Prof. LENZMANN-Duisburg; Dr. LÜBBERS-Gladbeck; Dr. MEYER-SCHÄFER-Zürich-Kilchberg; Prof. MEYER-STEINEG-Jena; Prof. MORITZ-Köln; Dr. MÜHLSTEIN-Prag; Geh. San.-Rat Dr. v. NOORDEN-Homburg; Prof. PUPPE-Königsberg i. Pr.; Prof. RIECKE-Göttingen; Prof. RIETSCHEL-Dresden; Prof. RUMPF-Bonn; Dr. SCHLESS-Marienbad; Dr. SCHLICHTING-Kassel; Dr. SCHMIDT-Andernach; Dr. SCHÖLER-Berlin; Prof. SCHULTZE-Göttingen; Prof. SIEGERT-Köln; Prof. SOBOTTA-Königsberg; Prof. STICKER-Münster i. W.; Prof. STRASBURGER-Frankfurt a. M.; Dr. STROMEYER-Göttingen; Prof. v. STRÜMPELL-Leipzig; Prof. SUDHOFF-Leipzig; Prof. TILMANN-Köln; Dr. TOFF-Braila; Prof. VULPIUS-Heidelberg; Priv.-Doz. Dr. WAGNER-Leipzig; Ob.-Med.-Rat Dr. WALZ-Stuttgart; Dr. F. WEIL-Beuthen O.-S.; Dr. WEINBERG-Magdeburg; Dr. WEINBERG-Rostock; Prof. WIDENMANN-Berlin; Prof. ZINSSER-Köln.

86. JAHRGANG BAND 329 HEFT 2
FEBRUAR 1919

BONN
A. MARCUS & E. WEBERS VERLAG
Dr. jur. ALBERT AHN

Schmidts Jahrbücher

der

in- und ausländischen gesamten Medizin

86. Jahrgang | Band 329 | Februar 1919

A. Originalabhandlungen und Übersichten.

Erkrankungen des Duodenum.

Von

Dr. **Fr. Schilling**

in Leipzig.

Eifriger als früher ist in den letzten 18 Jahren an der Erforschung der Krankheiten des Zwölffingerdarms gearbeitet. Zu den gewöhnlichen Untersuchungsmethoden, welche der inneren Klinik zur Verfügung stehen, der Massage mit nachfolgendem Aushebern des Mageninhaltes am frühen Morgen (Boas), dem Ölfrühstück (Volhard), dem Sondieren (Einhorn, Bondi, Groß) und dem Tierexperiment mit Anlegen einer Fistel, hat sich zuletzt das Röntgenverfahren gesellt; auch die operativen Eingriffe, die immer häufiger vorgenommen wurden, wenn die interne Behandlung bei schwerster Blutung, bei Stenose, oder zur Perforation oder zu Verwachsungen mit der Leber, dem Pankreas, der Gallenblase oder dem Colon transversum führendem Ulcus versagte, oder bei Trauma überhaupt nicht in Frage kam, haben viele Fragen geklärt. Sogar palpatorisch ist der Ramus horizontalis (Hausmann) und ascendens (Schilling) bei allgemeiner Ptosis intestinalis und hochgradiger Abmagerung verfolgt. Trotzdem fehlt leider noch viel unserem Rüstzeug, um ähnlich sichere Diagnosen, wie wir sie bei gleicher Erkrankung am Magen zu stellen in der Lage sind, zu gewinnen. Welche Differenzen hier obwalten, werden wir bald näher erfahren.

Das Duodenum liegt zu versteckt hinter dem linken Leberlappen und wird vom Querkolon überlagert, so daß es von vorn nicht oder nur ausnahmsweise dem Auge selbst im geblähten Zustande sichtbar und dem Ohr an Geräuschen zugänglich und der palpierenden Hand erreichbar wird. Nur der Schatten des Wismut- oder Barytbreies zeigt dem Röntgenologen den Verlauf, die Konturen, auch das Lumen, Verziehungen oder Erweiterungen, sogar den Verschluß, ohne daß aber die rasche Passage alle Einzelheiten der Peristaltik immer verfolgen läßt; der obere Ast gleicht einer weiten, glattwandigen Höhle, der absteigende und untere Teil mehr einem engen und faltigen Schlauch; jener gehört mehr zum Pförtner, dieser mehr zum eigentlichen Dünndarm als digestives Organ. Der an den Pförtner des Magens sich anschließende obere Ast, der pathologisch ähnlich dem Magen erkrankt, aber sich schwer äußerlich vom Pylorusring abhebt, da die von der Curvatura major nach oben ziehende Vene (Mayo) einen recht inkonstanten Verlauf wie alle Venen nimmt (v. Hansemann), legt sich um die Wirbelsäule, der absteigende schmiegt sich bekanntlich an die rechte Hälfte der Wirbelsäule, und der untere wendet sich mehr oder weniger steil vom 3. bis 4. Lendenwirbel nach links oben, um an der Wurzel des Dünndarmgekröses in unmittelbarer Nähe der Art. mesent. sup. in enger Stelle in das Jejunum überzugehen, wo der Muscul. suspensorius Treitzi ansetzt. Keineswegs ist dies immer in gleicher Weise der Fall, der Dünndarm kann bis zum Zwerchfell hinauf- und bis zum Promontorium herabreichen; nicht immer gleicht er einem Hufeisen, oft mehr einem offenen Oval mit kürzerem Ober- und längerem Unterschenkel, auch schwankt die Länge zwischen 17—60 cm (Helly), so daß die Zwölfdaumenbreite weit übertroffen wird. Bei Hakenmagen steigt der obere Ast etwas nach oben und hinten rechts an und geht spitzwinklig in den mittleren über. Die Nachbarschaft des Pankreas, der rechten Niere, der Gallenblase, des Colon transversum, der Lebergefäße, der Vena cava inf. und Aorta abdominalis zeigt an, welche Komplikationen sich bei Verwachsungen, Perforation und traumatischen Verletzungen ergeben können.

So kurz dieser Teil des Dünndarmes auch ist, eine so wichtige Rolle spielt er für die Verdauung, da in ihn die Galle und der Saft der Bauchspeicheldrüse als Digestionsmittel einmünden und die Brunnerschen Drüsen einen diastatischen Saft beimischen. Hier bildet sich Prosekretin, das im Kontakt mit dem zufließenden Magensaft zu Sekretin umgewandelt wird, das die Sekretion des Pankreas, der Leber und der Darmdrüsen auf nervösem oder hämatogenem Wege anregt. Zur Gewinnung des Duodenalsaftes, der eine zähflüssige, klebrig trübe, grüne oder grüngelbe Masse von 1006 spezifischem Gewicht und 2,15% Trockensubstanz mit 0,06% N darstellt, bedient man sich des Olivenöles, des Einhornschen Eimerchens oder der Duodenalsonde bzw. des Katheters (Bondi, Groß, Lazarus) zur Autodränage. Nach Neutralisieren des sauren Magensaftes mit 0,5% Soda oder Magnesia usta gibt man analog dem Boldyreffschen Verfahren 100 cm^3 Olivenöl morgens nüchtern dem Patienten und hebert nach 2 Stunden in ein Standgefäß den Mageninhalt aus; in dem Glase setzt sich oben eine Ölschicht und

unten eine Saftschicht mit Pankreassaft und Galle ab. Bei Bondi und Einhorn oder Lazarus, der teilweise aspiriert, tropft Magensaft, Magensaft und Duodenalinhalt und zuletzt reiner Duodenalsaft ab. Findet sich nur alkalisch reagierende Galle, dann fehlt der Pankreassaft, welcher Fibrin rasch verdaut; fehlt hingegen die Galle und fließt nur Pankreassaft, so handelt es sich um Choledochusverschluß, zwei bedeutungsvolle diagnostische Nebenresultate der Saftproben. Dazu kommen noch neuerdings andere Gewinne: Injizierte Stepp 30 cm³ einer 5 proz. Wittepeptonlösung, so entleerte sich konzentrierte dunkle Galle aus der Gallenblase; bei Empyem mit Verschluß des Duct. cycticus fehlt jede Blasenentleerung. Blumenberg und Sander fanden Eiterbeimischung in der Galle bei Cholezystitis. Einhorn konstatierte bei Achylia gastrica zuweilen Fehlen des Trypsins, ein Miterkranktsein des Pankreas. Mit dem Zufluß der Galle, des Bauchdrüsenspeichels und der Brunnerschen Drüsendiastase scheint die physiologische Rolle des Duodenum noch nicht erschöpft zu sein. Pflüger schrieb ihm eine Bedeutung für den Diabetes mellitus zu, indem er Glykosurie bei dem Frosche nach Exstirpation dieses Darmstückes nachwies. Rosenberg vermißte jedoch bei dem Hunde, der in gleicher Weise behandelt war, Glykosurie, so lange das Pankreas erhalten blieb; andere Autoren, die Pflügers Experiment wiederholten und den Frosch statt in der Kälte, in der Wärme hielten, konnten den gerühmten Erfolg ebenfalls nicht bestätigen. Cavazzani reizte das Duodenum und fand verminderten — doch nicht konstant —, öfter auch vermehrten Zuckergehalt im Blute. Nach Ehrmann wieder sollte in der Duodenalwand ein nervöses Zentralorgan vorhanden sein, welches dem Pankreas antidiabetische Kraft verleihe. Abran empfahl im Anschluß an diese Hypothese den Drüsensaft der Duodenalschleimhaut als Mittel gegen Diabetes mellitus. So interessant diese Versuche sind, so haben sich ihre Resultate leider noch nicht als Tatsachen erweisen lassen.

Über die Peristaltik, Konfiguration und Füllung gibt das Röntgenbild Aufschluß, wenn man Wismutbrei und bloße Wismutsuspension abwechselnd verabfolgt. Holzknecht sah, wie schon 5 Minuten nach der Mahlzeit flüssiger Mageninhalt in das Duodenum übertritt. Bei Anazidität ist dies Vorkommen die Regel, da hier der reflektorische Pylorusschluß fortfällt. Bei Stauung und Verschluß an der Jejunalgrenze bildet sich Antiperistaltik aus, während die Vis a tergo in den oberen Partien nicht hierzu genügt und die im Magen befindliche Galle auf Rückstauung mit Pylorusinsuffizienz beruht.

Der *Duodenalkatarrh,* welcher in den anatomisch-pathologischen Lehrbüchern (Schmaus-Herxheimer, Aschoff) allein als selbständige Dünndarmkrankheit besprochen wird, tritt uns weniger als Begleiterscheinung bei Dilatation, Stauung und Divertikelbildung als im Anschluß an infektiöse Gastroenteritis entgegen, ohne daß stets Ikterus infolge von Cholangitis und Choledochitis evident wird. Weil Infektion das wichtigere ätiologische Moment ist, findet sich der so oft genannte Schleimpfropf in der Choledochusmündung bei Icterus catarrhalis nicht regelmäßig. Was die mit der Duodenalsonde aspirierte Schleimsorte anbelangt, so differenziert die Mischung des Schleimes mit dem übrigen Inhalt oder seine Isolierung den Ursprung; mischt sich der Schleim mit dem galligen Inhalt, dann rührt er von Pankreas- und Gallenwegserkrankung her, isolierter Schleim weist auf Duodenitis hin. Erbrochener Schleim in klarem Inhalt stammt von der Duodenalwand. Neben der Schleimabsonderung findet sich bei dem Katarrh noch Unbehagen im Epigastrium nach Beginn der Mahlzeit und Diarrhöe (Einhorn), später eher Verstopfung.

Phlegmone des Duodenum oder eitrige Entzündung der Duodenalwand, welche durch Invasion von Streptococcus pyogenes hervorgerufen wird, ist selten beobachtet und nur in 7 Fällen beschrieben. In Ungermanns Falle griff die Entzündung auf die Umgebung und rief Entzündung der Leber und Lymphdrüsen hervor.

Am meisten hat sich in letzter Zeit das Interesse der Internen und Chirurgen dem *Geschwüre* zugewandt, dessen Ätiologie, soweit sie für in der Nähe des Pylorus sitzende Ulzera in Frage kommt, zweifellos in der peptischen Wirkung des sauren Magensaftes zu suchen ist, aber dessen Einfluß weniger in den tiefer sitzenden und jenseits der Papilla Vateri auftretenden zur Geltung gelangt, da dort der alkalische Dünndarmsaft zur Neutralisation geführt hat. Ischämie und Spasmus, der sich nicht überall glatt löst (Rößle), sind hier als Ursache der Zirkulationsstörung und Erosionsbildung anzusehen, für welche die vegetative Neurose, die Vagotonie nach v. Bergmann, die Disposition schafft. Für den übrigen Teil der Ulzera ist Infektion mit Embolie und Thrombose kleiner Gefäße bei septischen Prozessen, Otitis, Pneumonie, Endokarditis, Dekubitus, Thrombose der Nabelvene bei Neugeborenen anzuschuldigen, wenn man von den seltenen tuberkulösen und luetischen Geschwüren absieht. Daß nicht bloß die neurotische Gesamtanlage im Spiele ist, läßt sich aus den postoperativen Geschwüren ersehen, die bei Operationen an den Gliedern, am Halse und Kopf, nicht bloß bei Bauchoperationen auftreten. Auch Rasse, geographische Lage und Diät beeinflussen den Ausbruch. Nach Optüle handelt es sich bei Kranken, die das 30. Lebensjahr überschritten haben, um Arteriosklerose. Aschoff schuldigt die Zirkulationsstörung für den Sitz und die Größe, aber mechanische Bedingungen, langdauernden Kontakt an physiologisch enger Stelle, Reibung und Schiebung für die Chronizität an. Starke Enteroptose hemmt die Passage, so daß der Magensaft leicht im oberen Duodenalast stagniert und Anlaß zur Ulcusbildung gibt (Schmieden). Appendizitis und Duodenalgeschwür sind in Zusammenhang gebracht infolge von Sympathikusreizung, Kümmell und Marten halten jedoch das Zusammentreffen für ein zufälliges. Ein kausaler Konnex zwischen Verbrennung und Zwölffingerdarmgeschwür wird von Ackanazzy, Marchand, Nauwerk, Simonds und v. Hansemann abgelehnt und von Rosenbachs Sektionen von Verbrennungsleichen widerlegt. Gallensteine in der Blase drücken auf das Duodenum und begünstigen den Ausbruch (Aschoff, Nauwerk). Kehr hält am Trauma fest, was Melchior bestreitet. Flesch führt auf Inanition durch Mehlnährschäden das Vorkommen im Säuglingsalter zurück, was wohl nicht zutrifft (Helmholz), da auch fötal schon Ulzera entstehen, wie Beobachtungen von Meläna Neugeborener lehren. Daß die Nachbarschaft des Pförtners und die Rückwand mit vielen Venenplexus häufiger als die Vorderwand im oberen Ramus befallen werden, die Geschwüre im absteigenden Teile seltener und im aufsteigenden unteren fast gar nicht vorkommen, wird allseitig bestätigt, ebenso daß Männer weit häufiger als Frauen erkranken (nach Paus kommen 96 Männer auf 6 Frauen, nach Mayo 73 : 27 und Robson 86 : 14), wofür Alkoholismus und Traumen bei schwerer Arbeit, vielleicht auch die höhere Lage des Pars superior als Unterlage, anzusehen sind. Kein Alter bleibt verschont, schon in den ersten Lebenstagen und Lebenswochen gehen Kinder daran zugrunde, das Pubertätsalter wird bevorzugt, aber auch noch vom Alter der 70er und 80er sind Beobachtungen bekannt. — Während vor

1890 den Ulcera duodeni wenig Raum in der Literatur überlassen wurde, neigt man jetzt zum Gegenteil, indem seit den Publikationen von Moynihan und Majo die Häufigkeit des Vorkommens betont ist und $^{3}/_{5}$ aller Magen- und Duodenumgeschwüre allein auf das Duodenum fallen sollen. Gläßner fand 1% bei allen Sektionen, Scheel 19 Ulzera bei Männern und 2 Ulzera bei Frauen unter 1753 Sektionen, Nauwerk dagegen 0,3% Ulcera duodeni bei 2,4% Ulcera ventriculi (5 im Alter von 1—5 Jahren, 6 im Alter von 21—30 Jahren), Plehn 32 Ulcera duodeni bei 9712 Sektionen. Haudek geht noch weiter und behauptet, daß die Duodenalgeschwüre öfter als Appendizitis auftreten, worin offenbare Übertreibung liegt. Sicherlich ist die Diagnose in letzter Zeit zu häufig gestellt, weil Verwechslungen mit Pförtnergeschwüren, Cholezystitis, Pankreaskolik, Arteriosklerose der Bauchgefäße, Wanderniere mit Kolikanfällen und Darmneurose untergelaufen sind, und die Trennung der Pförtnergeschwüre von den juxta- oder parapylorischen Geschwüren des Duodenum gar zu schwierig ist; überdies kommen Magen- und Zwölffingerdarmgeschwüre nicht so selten gleichzeitig vor, wie die Sektionsprotokolle lehren, seitdem die Aufmerksamkeit mehr auf diesen Punkt gelenkt ist. — Man unterscheidet einfache und multiple, in 59% bei Ulcera duodeni, 41% bei Ulcera ventriculi, oberflächliche und tiefe bis zur Serosa reichende, längliche und runde und lineare, linsen- bis zehnpfennigstückgroße, umschriebene und große mit entzündlichem Tumor und ausgedehnten Adhäsionen, indurierte und nichtindurierte, welche weder von außen zu sehen noch zu fühlen sind und leicht dem Obduzenten wie Chirurgen entgehen.

Die Diagnose läßt sich keineswegs aus der Anamnese, wie Moynihan ursprünglich angab, aus dem periodischen Auftreten von Schmerzanfällen, Hungerschmerz in der Nacht und Unbehagen nach dem Essen stellen, noch immer sicher auf Grund eingehender Untersuchung stellen, da die Symptome zu wenig charakteristisch sind und 20% latent verlaufen (Morot). Die subjektiven Beschwerden bestehen in *Völle* und *Unbehagen, Schwere* und *Blähung* in der Magengegend, die sich 2—4 oder seltener 4—6 Stunden nach dem Essen zu wirklichen *Schmerzanfällen*, Ausstrahlen nach den Seiten und in den Rücken steigern können, *Hungerschmerz*, zumal in der Nacht und seltenem Erbrechen, höchstens im Spätstadium der Stenosierung; den Paroxysmen von 1—2 Wochen Dauer folgt eine Periode der Ruhe, die Wochen oder Monate währt. Was den Schmerz bei leerem Magen oder Hungerschmerz (hunger pains), der sich ebenso bei Magenulcus und bloßen Neurosen einstellt, anbelangt, so gehen die Ansichten über dessen Ursache sehr auseinander; bloßes Leersein, Hyperazidität und Pylorospasmus, der Übertritt sauren Magensaftes zu Schluß der Magenentleerung erregt ebenso wie der mit Sekret gefüllte Magen nach v. Bergmann diese abnorme Empfindung, die durchaus nicht pathognomonisch ist. Das Leiden zieht sich über Jahre hin und verschont kein Alter, wenn es auch das mittlere bevorzugt. — Objektiv wird *Druckschmerz* im mittleren Epigastrium oder mehr rechts oberhalb des Nabels ermittelt, während die außerhalb des Rektusgebietes empfindliche Stelle für Cholezystitis spricht, ferner *Spannung des Muskels* bei oberflächlich und vornsitzenden Geschwüren und Blutabgang per anum, so lange das Ulcus offen ist, beobachtet, nicht mehr bei Überschreiten des floriden Stadiums; okkulte Blutung fehlt zu Zeiten, während sie bei Magenkrebs selten vermißt wird. Die Röntgenologen sprechen von Dauerbulbus, Sechsstundenrest, Hypertonie, Hyperazidität und besonders Hypersekretion, als ob es keine nervöse Hypersekretion gebe, Kreuzfuchs hielt lange Zeit am persistierenden Wismutfleck fest, alle derartige Angaben haben sich nach v. Bergmanns und besonders aus der Bierschen Klinik stammenden Publikationen, Gerlachs und Erks, die röntgenologisch und bioptisch 47 Fälle verfolgten, als falsch erwiesen: weder ergab das Röntgenbild sicheren Anhalt in der Bulbusdilatation noch im Dauerverschluß des Pylorus, noch im Wismutfleck, noch in der hoch einsetzenden Peristaltik, noch in der Rechtsdistanz des Pylorus. Haudeks Nische als Beweis für ein perforiertes Ulcus trügt leicht, da Verwachsungen (Ewald) und Divertikel ähnliche Füllungen mit aufsitzender Luftschicht im Bilde bringen. Bei Frauen mit Enteroptose, bei denen die Leber das Duodenum komprimiert, täuscht das Röntgenbild. Holzknecht spricht von Parasekretion und einer durchsichtigen Schicht über dem Wismutbrei. Was den Schmerz einige Stunden nach der Mahlzeit in seiner Intensität bedingt, harrt noch der Erklärung; er findet sich auch bei Pylorospasmus, Gastralgie, bei Hyperazidität und offenem Pylorus und hört zuweilen auf nach Aufnahme von kleinen Bissen oder einigen Schluck Milch, weil nach Moynihan die Salzsäure gebunden wird, auch nach Pylorusausschaltung, ohne daß das Ulcus geheilt ist, während der Gravidität und bei offenem Pylorus. Schmerzanfälle sind aber auch 2—5 Stunden nach der Mahlzeit beobachtet, obgleich gar kein Ulcus da ist. Tabeskrisen und Gastroxynsis verlaufen mit ähnlichen Schmerzanfällen, meist allerdings viel heftiger und andauernder. Die Azidität des Magensaftes schwankt zwischen Hypazidität, Anazidität und Hyperazidität, nur schwerste Fälle verlaufen sicher mit Hypersekretion und Spasmus. Duodenoskopie verwendet Rovsing nach Eröffnung des Duodenum zum Auffinden kleinster Geschwüre. Günzburg weist auf tympanitischen Schall über dem Lobus quadratus der Leber hin, unter dem der geblähte Ramus superior liegt. Vielfach lassen sich Druckpunkte in der Höhe des 12. Dorsal- und 1. Lendenwirbels seitlich oder über den Wirbelkörpern und Dornfortsätzen auffinden. Starker Blutabgang im Stuhl mit Ohnmachtsanwandlung deutet auf ein offenes Ulcus, wenn andere Quellen für eine Darmblutung fehlen; okkulte Blutung entzieht sich des Nachweises, oft schon nach 3—4 Tagen, wenn das akute Stadium überschritten ist (Neudörfer). Starke Füllung des unteren Darmes mit Stuhlmassen hindern den Blutaustritt im Anfall, so daß man bei Verdacht einer Hämorrhagie wiederholt die Ausleerungen kontrollieren muß. Groß aspirierte Blut in einzelnen Fällen mit der Sonde.

Da die Symptome so wenig prägnant sind und ähnliche auch bei anderen Krankheiten auftreten, so kommen Verwechslungen mit Cholezystitis, Gallenblasenverwachsungen mit dem Duodenum, Pankreatitis und Pankreaskoliken, Enteroptose mit Duodenalknickung, Appendizitis, Bleikolik und vasomotorischer Neurose nicht selten vor. Postpylorische und pylorische Geschwüre sind nicht zu differenzieren. Nur Friedrich konnte in 2 operierten Fällen sicher ein Duodenalgeschwür diagnostizieren, da sich kein palpabler Tumor, Hyperazidität und Fehlen der Milchsäure im stagnierenden Mageninhalt vorfanden. Periodischen Verlauf mit akuten Attacken zeigen Cholezystitis, Appendizitis wie das Ulcus. Dumpfer Druck findet sich in der Gallenblasengegend ebenfalls 2 und mehr Stunden nach der Mahlzeit bei chronischer Cholezystitis; tastet man bei tiefer Inspiration die noch nicht geschrumpfte Gallenblase, dann bleibt die Schmerzempfindung und Resistenz nicht unentdeckt (Kehr). Rezidive sind häufig, weil vielleicht in einzelnen Fällen nie definitive Heilung eintritt, da das Duodenum für die Ernährung schwer längere Zeit auszuschalten ist. Komplikationen finden sich in größerer Zahl und von ernster Bedeutung.

Vielfach verläuft das Geschwür symptomlos, bis eine lebensgefährliche profuse Blutung oder plötzliche Perforation mit lokaler oder allgemeiner Peritonitis und Abszeßbildung einsetzen. Meist perforiert das Geschwür nach vorn, wo das Duodenum freiliegt, oder es bricht in die Leber und das Pankreas oder in den retroperitonealen Raum durch. Periduodenitis, Verwachsungen mit der Leber, dem Pankreas, Kolon, der rechten Niere oder Gallenblase, Arrosion der A. gastroduodenalis, lienalis, pancreatico-duodenalis, sogar der Aorta und Vena cava int. in seltenen Fällen bleiben nicht aus. Bei Durchbrüchen ergießt sich der Eiter nicht nur nach dem Diaphragma oder dem retroperitonealen Raum zu, sondern senkt sich auch gegen die rechte Niere und zum rechten Hypochondrium, um zur irrtümlichen Diagnose Appendizitis zu führen, oder bricht in der Leistengegend durch, um eine gallenhaltige Fistel zu hinterlassen (Wagner). Ausgedehnte Geschwüre endigen im späteren Stadium mit Stenose, die sich durch Erbrechen von Duodenalinhalt oder von jeder Nahrung, wie Torday in einem Falle eines Säuglings erlebte, bemerkbar macht; je nach der Enge, die bis zum Verschluß als Zapfen im Röntgenbilde sichtbar, anwachsen kann, und dem Sitze im oberen, mittleren und unteren Teile des Duodenum wird der Magen in Mitleidenschaft gezogen, das Duodenalrohr pyloruswärts dilatiert und Galle mit Pankreassaft bei dem infrapapillären Ulcus aus dem überfüllten Magen mit der Sonde entleert. Leo beobachtete allerdings einmal kein Würgen bei infrapapillärer Stenose und Schluß des Pylorus. Magendilatation kommt seltener bei parapylorischer als supra- und infrapapillärer Enge vor, da die Vis a tergo viel zu gering ist bei dem kurzen oberen Rohr. Nur das Ulcus chronicum kann mit der Zeit zu Magendilatation und dann zu Pylorusinsuffizienz führen (Wieting). Collin zählt unter 282 Geschwüren nur 4 Duodenalstenosen mit Erweiterung. Riegel und Boas schlossen geradezu bei Magenschrumpfung auf tiefsitzende Duodenalstenose. — Ausgang in Krebs ist ein seltenes Vorkommen, und wenn sich Karzinom entwickelt, so geschieht es vom Rande, nicht vom Grunde aus.

Wenn auch die Heilungstendenz des Duodenalgeschwürs keine große ist, da Simonds 40% Perforation und tödliche Blutungen fand, so heilen bei geeigneter Behandlung doch etwa die Hälfte (Ewald). Vorbeugend wirkt jede Heilung erschöpfender Krankheiten, länger andauernder Eiterung, der Tuberkulose und Rachitis im Kindesalter, der Nephritis und septischen Prozesse. Für die Behandlung gelten die Grundsätze Leubes für das Ulcus ventriculi mit reichlicher Benutzung von Butter und Sahne, Ruhe und Schonungsdiät mit anfänglicher Eisblasenapplikation, später warmen und heißen Kompressen. Auch Pewsner empfiehlt die typische Kur, bei resistenteren Fällen sogar 6 Wochen lang rektale Ernährung, zunächst am ersten Tage Tropfklistiere mit Pantapon 0,01 früh und abends, dann schluckweise Wasser am zweiten und dritten Tage, dann etwas Eismilch. Auch die Sonde läßt sich nach Lazarus und Einhorn zum Einguß von Milch, Tee, Ei, Sahne in 2stündiger Pause verwenden. Einhorn ernährt einige Tage mit der Duodenalsonde und gibt dann bald gemischte Kost, die, einen Fall ausgenommen, bei 34 Kranken gut vertragen wurde; die Schmerzen blieben fort und die meisten Patienten nahmen an Gewicht zu. Fischer empfiehlt Pflanzenmilch, Ehrlich vegetarische Diät, bis der Stuhl frei von Blut ist. Der Nacht- oder Leermagenschmerz (postcönal) hört durch Pylorusschluß nach Genuß kleiner Mahlzeiten auf (Chvostek). Bei schwerer Blutung injiziere ich 5 cm³ sterilisierte Milch intraglutäal oder 40 cm³ einer 2proz. Kochsalzgelatinelösung (Gelat. alb. ster. 1, Na. chlorat. chem. pur. 0,3 Aq. 50,0) subkutan. Strychnin ist zur Bekämpfung der Hypermotilität und Hypersekretion zu versuchen, obgleich v. Bergmann und mir selbst das Mittel versagte. Papaverin ersetzt es nicht ganz (Holzknecht). Alkalien und Wismut nützen, wenn auch nicht so eklatant wie bei dem Magengeschwür; Bondi gießt Wismut durch den Schlauch in den Dünndarm und lobt seine Wirkung, namentlich bei schwerer Erkrankung; als Nahrung dienen ihm Milch und Milchzucker mit rohem Ei, alle 2 Stunden 100 cm³, später 280—300 cm³ pro Mahlzeit. Um Flatulenz zu bekämpfen, gibt er 30 Tropfen Glyzerin oder 5 Tropfen Ichthyol in Wasser. Bei Schmerzanfällen sind Atropin und Papaverin, die in starken Dosen den Pylorus öffnen, von Nutzen, dagegen erzeugten Pilokarpin und Eismilch mehr Schmerzen. — Nach v. Noorden bleiben Rückfälle aus, wenn man 2—3 Jahre hindurch die Kur mit Wismut 2—3 Wochen lang in halbjährigen Pausen wiederholt und damit die erforderliche Diät und Ruhe kombiniert. Besserung des Allgemeinbefindens mit Gaben von Arsen und Eisen, durch hydrotherapeutische Maßnahmen und Meiden von Strapazen mindern die Disposition zu neuer Erkrankung.

Wo die innere Behandlung versagt, was in etwa 50% der Fall ist, die Anfälle in gleicher Heftigkeit wiederkehren und der Patient immer mehr abmagert, ist der Chirurg zu Rate zu ziehen. Smith rät dazu schon nach 1—2 Monate langer vergeblicher innerer Therapie. Da der Operateur nicht immer sofort von außen das Ulcus findet, wenn die Serosa glatt und blaß aussieht, ohne derbe Resistenz zu zeigen, und nicht stets chronische Geschwüre mit strahliger und kraterartiger Narbe zu entfernen sind, so führt zur Orientierung Wilms den tastenden Zeigefinger durch den geöffneten Magen über den Pylorus hinaus und bedient sich Rovsing der Duodenoskopie. Exzision und Resektion kommen weniger in Frage, weil die Mobilisierung des Duodenum oft schwierig (Jurasz) und bei Verwachsungen und Perforation in den Kopf des Pankreas oft schwer ein glattes Abkommen vom Duct. choledochus und pancreaticus möglich ist (v. Haberer). Unilaterale Pylorusausschaltung kommt nur bei Sitz im Ramus inferior und horizontalis in Frage (v. Haberer). Einstülpung und Naht haben versagt, ebenso bloße zeitweise Abschnürung des Pylorus mit der Sehne des Rektus (Wilms) oder dem Lig. teres. Zur Schonung des Geschwürs gilt heute die *Gastroenterostomie mit Pylorusausschaltung* als übliche Operationsmethode (Kümmell). Moynihan erlebte bei 12 Exzisionen und 361 Gastroenterostomien 1,3% Mortalität, Mayo bei Gastrojejunostomie unter 761 Kranken 82% Heilungen und 2,8% Todesfälle. Perforation und lebensgefährliche wiederholte, nicht einmalige Blutungen verlangen schnellsten Eingriff. Bei akutem Durchbruch, der in dem enormen Schock, starkem Leibweh und auffallender Rigidität der Bauchdecke[1]) markiert wird, ist Naht und Deckung mit dem Netz, zur Entlastung der Naht mit Anschluß der Jejunostomie, angezeigt (Simon). Finsterer will nur unter lokaler Anästhesie operieren, um das Parenchym nicht zu schädigen, und empfiehlt die Gastroenterostomie, wo der Ort der Blutung nicht zu finden ist. Petrivalsky operiert auch bei subakuter Perforation, retroperitonealer Verwachsung, retroperitonealem Abszeß und periduodenalen Adhäsionen, welche große Schmerzen bedingen. Nach 11 Stunden und mehr Zeitverlust seit dem Durchbruch wurden Patienten gerettet. Schließlich ist noch erhebliche Narbenstenose Objekt der Operation. —

[1]) Schock bleibt aus bei retroduodenaler Perforation.

Leider schließt auch der operative Eingriff Rezidive nicht aus, da die Disposition bestehen bleibt; neuen Blutungen und Perforationen beugt auch die Gastroenterostomie nicht immer vor; auch findet der Operateur in manchen Fällen weder das Ulcus noch das blutende Gefäß, wenn nicht ein großer Arterienzweig arrodiert ist. An ausgebluteten Patienten erschöpft sich die Kunst. Multiple Ulzera oder gleichzeitig bestehendes Magengeschwür werden leicht übersehen, so daß der Exitus letalis trotz des Eingriffes erfolgt. Schmerzlosigkeit setzt nie volle Heilung voraus. Manches Ulcus hinterläßt keine Spur in der Mukosa und Serosa, nur einen mikroskopisch nachweisbaren Defekt in der Mukosa. Schließlich unterschätze man nicht die Gefahren der Operation, die in Pneumonien, Herzschwäche und Embolien drohen, sobald der Körper der Patienten entkräftet ist.

Als abnorme Formveränderungen sind außer den zikatriziellen Verengerungen, die wir schon soeben kennen gelernt haben, Atresien und anderweitig bedingten Stenosen noch Dilatationen und Divertikel bekannt, auch zum Teil an Patienten diagnostiziert. Angeborene Atresie und Dilatation des Magens und Duodenum verknüpfen sich meist mit Verengerungen anderer Organe, Obliteration des Ösophagus und Rektum, Mißbildung des Herzens und der Extremitäten (Mensburger). Walz beschreibt eine kongenitale Atresie, bei der neben beständigem Erbrechen noch Mekonium abging. Schliep fand das Duodenum blind endigend, dabei das Jejunum und Ileum fehlend. Melchior begegnete einer angeborenen Stenose infolge von Situs inversus, bei dem das Pankreas wie ein Ring das Duodenum umgab; die Flexura duodenojejunalis sah nach rechts, das Zökum lag links und das Querkolon war straff nach links fixiert, das Duodenum lag überkreuzt davor. — Stenose entsteht durch Narbenkonstriktion, Neubildungen, welche das Lumen verlegen, und Kompression von außen durch Nieren-, Gallenblasen-, Leber-, Pankreas- und Magentumoren. Sie verlaufen je nach dem Grade der Verengerungen und dem höheren oder tieferen Sitz mit Erweiterung des oberen Rohres und Stauung des Mageninhaltes durch Füllung mit Duodenalflüssigkeit. Bei langsamem Entstehen sind die klinischen Symptome leicht und die Diagnose, ob Tumor oder Narbe vorliegt, anfangs schwer, höchstens mit Hilfe des Röntgenbildes zu stellen; foudroyantes Auftreten verläuft unter dem Bilde des Ileus. Stenose infolge von Carcinoma infrapapillare verläuft mit starker Füllung und zeitweisem Rückstoß, wie das Röntgenbild lehrt. Jonas sah, wie ein Drüsentumor das Duodenum von außen komprimierte, der Magen sich erweiterte und die Galle durch den insuffizienten Pylorus in den Magen floß. Schlecht beobachtete, wie eine anormale Verbindung der Gallenblase mit dem Kolon direkt auf das Lig. hepatocolicum drückte und so das Duodenum verengte; der Wismutbrei blieb in den Duodenalwindungen liegen. Bei Induration des Pankreaskopfes vermindert sich die Passage rasch und findet sich der Magen zeitig mit galligem Inhalt gefüllt; eine durch Autolyse entstandene Pankreaszyste verlegte in intensiver Weise das Lumen ebenfalls von außen. In einer anderen Beobachtung durchbrach ein Drüsentumor die Vena cava und komprimierte dadurch das Duodenalrohr. Wie leicht hier diagnostische Irrtümer unterlaufen, lehrt ein Fall von Ammon und Becker; ein Patient erkrankt mit kopiösem Erbrechen und magert stark ab, es fehlt freie Salzsäure, doch fanden sich keine langen Bazillen; der Verdacht auf Karzinom bestätigte sich nicht, vielmehr erwies sich bei der Sektion ein tuberkulöser Drüsentumor als Ursache der Stenose. — Viel debattiert ist über den arterio-mesenterialen Verschluß des Duodenalendes am Übergang zum Jejunum, ob der Dünndarm durch Zug bei Sinken bis ins kleine Becken oder der gelähmte dilatierte Magen durch Druck von oben schuld ist. Bekanntlich kommt Knickung des oberen Duodenum schon bei abgemagerten Individuen mit ausgesprochener Enteroptose im Stehen vor, die bei Lagerung meist schwindet oder nach Jordan durch Gastroenterostomie zur Heilung gebracht wird. Ähnlich kann ein Verschluß durch plötzliches Herabtreten der Dünndarmschlingen mit Zerren an der Wurzel des oberen Mesenterium herbeigeführt werden, wenn nach Laparotomien mit Entfernen von Adnex- und Uterus- oder Ovarialtumoren die Druckverhältnisse plötzlich geändert werden und die Stützpunkte der kleinen Darmschlingen wegfallen. Aber auch von oben kann durch Gastroplegie infolge der Narkose oder Überladung des Magens der Verschluß zustande gebracht werden. Anhaltendes massenhaftes Erbrechen und enorme Auftreibung des Epigastriums charakterisieren das Bild der schnell verfallenden Patienten, wenn sie nicht schnell in Seiten- oder Knieellenbogenlage gebracht und der Magen leer gehebert werden; die Gastroenterostomie bringt nicht immer definitive Hilfe in der verzweifelten Lage. Einen ähnlichen Verlauf ruft die Treitzsche Hernie hervor; bei anhaltendem Erbrechen von Galle und Duodenalinhalt muß, wo anderer Anhalt fehlt, an eine solche innere Einklemmung gedacht werden. — Nicht jeder Verengerung muß unbedingt eine auffallende Erweiterung des darüber liegenden Rohres folgen, wie wir von den parapylorischen Narben und infrapapillaren malignen Stenosen gehört haben. Dazu sind Hilfsmomente wie durchgebrochene zahlreiche Gallensteine und Insuffizienz des Pylorus erforderlich. Eine Vergrößerung des Duodenum in allen Teilen kann als Megakolon imponieren. So beschreibt Schmorl eine Dilatation von 20 cm Umfang bei einer Hysterischen, die gewohnt war, Sand in großer Menge zu verschlucken; das armdicke Rohr reichte bis in die rechte Fossa iliaca hinab, eine Schleimhautfalte bildete den Grund der Anhäufung und das Hindernis der Weiterbeförderung der verschluckten Sandmassen. Wagner beschreibt einen Fall von kolossaler Dilatation, die unter täglichem Erbrechen mit Tetanie endigte. — Divertikel sind erst in jüngster Zeit diagnostiziert (Schlesinger) mit Hilfe der Röntgenologie. A. Schmidt schildert einen Patienten, der an periodischer Dyspepsie litt, bei dem sich später eine angeborene Dilatation mit Divertikel des Ramus descendens fand. Öfter kommen sie bei Periduodenitis durch Verwachsungen mit der Umgebung und in der Nachbarschaft von Geschwürsnarben vor (Linsmeyr), so daß Hart in solchen Fällen von einem fast regelmäßigem Vorkommen im horizontalen Ast spricht. Angeborene Divertikel findet man im jugendlichen Alter, später infolge zahlreicher Adhäsionen oder Verlagerung des Duodenum nach vorn mit Ausziehung des Magens in Längsrichtung. — Eine seltene Formveränderung in Gestalt der Invagination, bedingt durch Bandwürmer, beschreibt Christoff.

Zum Schluß müssen wir noch der Verletzungen gedenken, die häufiger durch stumpfe Gewalt als schneidende Instrumente oder Waffen herbeigeführt und lediglich durch schnelle chirurgische Intervention zur Heilung gebracht werden können. Trotz der geschützten Lage wird das feste Anhaften an der Unterlage der starren Wirbelsäule zu seinem Verhängnis, da das Duodenum nicht wie die leicht beweglichen Dünndarmschlingen dem Stoß des Trauma ausweichen kann. Nach Winiwarter, um nur einige aus der reichlichen bis jetzt zur Höhe von 54 Fällen hinaufsteigenden Kasuistik anzuführen, eröffnete ein stumpfer Stoß den horizontalen Ast, durchtrennte das Mesokolon und führte zu Fettnekrose; der Tod erfolgte durch intraperitoneale

Phlegmone. Ein ähnlicher Unfall, der jedoch zur Heilung kam, hinterließ eine temporäre Fistel im Colon ascendens. In einem dritten Falle war ein Deichselstoß gegen den Oberbauch schuld an der subkutanen Darmzerreißung, Rissen im Mesokolon und Pankreasabszeß. Röpke erlebte Zerreißung des Duodenum samt Querkolons durch Überfahrenwerden, Schuhmann retroperitoneale Verletzung infolge Bauchdeckenkontusion, so daß sich ein Tumor durch Erguß unter Bauchdeckenspannung und frühzeitigem galligen Erbrechen einstellte. Lonhard beobachtete einen Riß an dem Übergang vom Duodenum zum Jejunum mit Querdurchtrennung nach einer Pufferquetschung, an die sich retroperitoneale Phlegmone des Psoas und foudroyante Sepsis schloß; Dumont ferner an gleicher Stelle einen Längsriß nach Fußtritt gegen den Leib und Gelpke aus gleichem Anlaß ein für den Finger passierbares Loch. Nach Meerwin glitt eine Frau vom Stuhle und schlug mit dem Leibe gegen die Stuhlkante, so daß die Pars descendens zerriß. Auch die bei einem Typhusrekonvaleszenten spontan auftretende Magendilatation soll nach Bäumler durch Druck auf die Pars inferior gegen die Wirbelsäule Anlaß zur Nekrose der Mukosa gegeben haben. Als traumatische Verletzung mit scharfer Waffe schildert Wolf, wie ein Lanzenstich, ohne die Haut zu durchbohren, die Wand des unteren Duodenum und das parietale Peritoneum derartig durchquetschte, daß die Mukosa prolabierte. Nach chirurgischen Eingriffen an dem Pylorus, der Gallenblase, der rechten Niere und dem Pankreas, wenn Verwachsungen schwer zu lösen sind, bilden sich gelegentlich Fisteln aus. Rotmer erlebte dies nach einer Magenresektion, ein anderer Chirurg nach Pylorusresektion. Payr exstirpierte die vereiterte rechte Niere von hinten und verletzte dabei unwissentlich den Zwölffingerdarm; die entstandene Fistel ließ sich im Röntgenbilde nach Injektion Beckscher Wismutpaste aufdecken, hintere Sutur und 8 Tage lange Breikost in linker Seitenlage brachten den Schluß zustande. Die Duodenotomie wird notwendig, wenn ein großer Gallenstein im duodenalen Teile des Choledochus oder an der Papilla Vateri festsitzt und Ruptur einsetzt. Dehmel schildert einen Fall, wo ein Patient eine Nadel verschluckte, deren Spitze aus dem Duodenum hervortrat und die Mesenterialwurzel verletzte; Enterotomie und Naht brachten Heilung. Zum Busch beobachtete, wie ein in einem Ulcus festgekeilter Pflaumenkern ein größeres Gefäß arrodierte. So reihen sich an äußere Verletzungen chirurgische Intervention und unglückliche Zufälle.

Von Neoplasmen wird in der Literatur wenig berichtet. Hütl beschreibt ein langsam wachsendes, faustgroßes Myom, das zu Verwachsungen Anlaß gab. Primärer Duodenalkrebs ist selten, in dem Baseler pathologischen Institut wurden nur 9 Fälle gefunden. Geiser teilt sie in parapylorische, periampulläre und präjejunale Arten. Die Symptome sind bei Sitz im Ramus horizontalis die des Pyloruskrebs mit und ohne Salzsäurebefund, bei suprapapillärem Sitz in der Gegend der Papilla Vateri frühzeitiger hartnäckiger Ikterus, Stenose, okkulte Blutung und Beteiligung des Pankreas, bei infrapapillärem Sitz Erbrechen, Galle, Steapsin und Trypsin im Mageninhalt. Die Prognose ist infaust, zumal wenn das Duodenum sekundär vom Pylorus-, Gallenblasen- oder Pankreaskrebs aus ergriffen wird. Friedrich entdeckte ein inoperables Karzinom von der Größe einer Kastanie und eines kleinen Apfels, wo er ein Ulcus und eine Narbenstenose vermutete. Sarkome trotzen der Operation, sobald sie zu besonderer Größe gewachsen sind.

Literaturverzeichnis.

1. Boldyreff, Arch. f. d. ges. Phys. Bd. 140.
2. Einhorn, Berl. klin. Woch. Nr. 13. 1912. — Arch. f. Verdauungskrankh. Bd. 19.
3. Payr, Münchn. med. Woch. Nr. 41. 1912.
4. Ewald, Münchn. med. Woch. Nr. 12. 1912. — Nr. 39. 1913.
5. Bier, Münchn. med. Woch. Nr. 12. 1912.
6. Umber, Münchn. med. Woch. Nr. 13. 1912.
7. Kuttner, Münchn. med. Woch. Nr. 13. 1912.
8. Hansemann, Münchn. med. Woch. Nr. 13. 1912.
9. Kehr, Münchn. med. Woch. Nr. 24. 1912.
10. Pewsner, Arch. f. Verdauungskrankh. Bd. 17.
11. Blad, Norsk. Tidsskr. f. Ter. Bd. 10.
12. Scheel, Norsk. Tidsskr. f. Ter. Bd. 10.
13. Kreuzfuchs, Berl. klin. Woch. Nr. 38. 1912; Nr. 38. 1914.
14. Morullon, Lancet 1912.
15. Schmidt, Darmkrankheiten.
16. Borchgrevink, Ugeschrift for Läger Nr. 28. 1912.
17. Flesch, Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 76.
18. Power, Lancet 1912.
19. Aßmann und Becker, Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 24.
20. Kroiß, Beitr. z. klin. Chir. Bd. 76.
21. Hauser, Mon. f. Geburtsh. u. Gyn. Bd. 34.
22. Jordan, Brit. med. Journ. Nr. 20. 1911.
23. Moynihan, On duodenal ulcer and its treatment. Lancet Nr. 12. 1911.
24. Rupp, Münchn. med. Woch. Nr. 47. 1912.
25. Küttner, Chir. Kongr. 1913.
26. Strauß, Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. 1913.
27. v. Bergmann, Münchn. med. Woch. Nr. 44 u. 51. 1913.
28. Schmieden, Chir. Kongr. 1913.
29. Altschul, Berl. klin. Woch. Nr. 45. 1913.
30. Westphal und Katsch, Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 26.
31. Rosengart, Berl. klin. Woch. Nr. 31. 1913.
32. Sklodowski, Zeitschr. f. inn. Med. Nr. 25. 1913.
33. Meyer, Berl. klin. Woch. Nr. 37. 1913.
34. Seidel, Zeitschr. f. Chir. Nr. 38. 1913.
35. Bondi, Berl. klin. Woch. Nr. 27. 1913.
36. Optüle, Berl. klin. Woch. Nr. 28. 1913.
37. Gruber, D. Arch. f. klin. Med. Bd. 19.
38. Simon, Bruhns Beitr.
39. Schmidt, Berl. klin. Woch. Nr. 13. 1917.
40. Allard, Berl. klin. Woch. Nr. 13. 1917.
41. Röpke, Arch. f. klin. Chir. Bd. 100.
42. Fischer, Berl. klin. Woch. Nr. 13. 1917.
43. Bauer, Wien. klin. Woch. Nr. 23. 1912.
44. Melchior, Monatsschr. f. Unfallheilk. Nr. 8. 1914.
45. Faulhaber und Redwitz, Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 28.
46. Kümmell, Beitr. z. klin. Chir. Bd. 92. — Berl. klin. Woch. Nr. 14. 1914.
47. Ehrmann, Berl. klin. Woch. Nr. 34. 1918.
48. Schmidt, A., Münchn. med. Woch. Nr. 23. 1914.
49. David, Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 22.
50. Knöpfelmacher, Berl. klin. Woch. Nr. 24. 1914.
51. Boas, D. med. Woch. Nr. 23. 1914.
52. Schlesinger, D. Arch. f. klin. Med. 1914.
53. Taperno, Berl. klin. Woch. Nr. 23. 1914.
54. Henschen, Berl. klin. Woch. Nr. 23. 1914.
55. Reuß, Berl. klin. Woch. Nr. 22. 1914.
56. Ehrlich, D. med. Woch. Nr. 10. 1914.
57. Rothe und Pollack, D. med. Woch. Nr. 20. 1915.
58. Kaspar, D. med. Woch. Nr. 13. 1915.
59. Gläßner, Zwangl. Abhdl. d. Verdauungs- u. Stoff. 1916.
60. Finsterer, Berl. klin. Woch. Nr. 52. 1916. Münchn. med. Woch. Nr. 9. 1916.

61. Schlecht, Münchn. med. Woch. Nr. 38 u. 41. 1916.
62. Haberer, Wien. klin. Woch. Nr. 29. 1916. Bd. 136.
63. Gerlach und Erk, D. Zeitschr. f. Chir.
64. Rotschild, Münchn. med. Woch. Nr. 14. 1916.
65. v. Noorden, Berl. klin. Woch. Nr. 18. 1916.
66. Lazarus, Berl. klin. Woch. Nr. 2. 1911.
67. Fraenkel, Berl. klin. Woch. Nr. 4. 1911.
68. Ash, Bruhns Beitr. Bd. 76.
69. Wilms, Berl. klin. Woch. Nr. 7. 1911. — Münchn. med. Woch. Nr. 13. 1910.
70. Jonas, Münchn. med. Woch. Nr. 11. 1911; Nr. 50. 1912.
71. Skinner, Arch. of int. Med. Bd. 8.
72. Aschoff, D. med. Woch. Nr. 11. 1912.
73. Kermauner, Virchows Arch. Bd. 207.
74. Kreuzfuchs, Wien. klin. Woch. Nr. 17. 1912.
75. Kästle, Berl. klin. Woch. Nr. 21. 1912.
76. Aßmann und Becker, Berl. klin. Woch. 1912.
77. Haudek, Berl. klin. Woch. Nr. 24. 1910.
78. Groß, Münchn. med. Woch. 1910.
79. Rankin, Brit. med. Journ. 1910.
80. Paterson, Lancet 1911.
81. Schmorl, Münchn. med. Woch. Nr. 24. 1911.
82. Neudörfer, Arch. f. klin. Chir. Bd. 95.
83. Lonhard, Beitr. z. klin. Chir. Bd. 73.
84. Wolf, D. Zeitschr. f. Chir. Bd. 111.
85. Mensburger, Virchows Arch. Bd. 194.
86. Caird, Edinb. med. Journ. 1911.
87. Dumont, Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 2. 1910.
88. Rovsing, D. med. Woch. Nr. 20. 1913.
89. Rößle, Berl. klin. Woch. Nr. 26. 1912.
90. Juracz, Arch. f. klin. Chir. Bd. 104.
91. Smith, Brit. med. Journ. 1910.
92. Gelpke, D. med. Woch. Nr. 25. 1916.
93. Dehmel, D. med. Woch. Nr. 28. 1910.
94. Minkowski, D. med. Woch. 1909.
95. Ehrmann, D. med. Woch. 1909.
96. Schwarz, Berl. klin. Woch. Nr. 29. 1918.
97. Rosenthal, Arch. f. Gyn. Bd. 86.
89. Mayo, Journ. of the Amer. med. Assoc. 1908.
99. Cavazzani, Zentralbl. f. Phys. Nr. 12. 1908.
100. Rosenberg, Berl. klin. Woch. Nr. 49. 1908.
101. Scheunert und Grimm, Lancet Nr. 4300.
102. Marten, D. med. Woch. Nr. 26. 1907.
103. Torday, Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 13.
104. Leo, D. med. Woch. Nr. 31. 1907.
105. Hütl, D. med. Woch. Nr. 23. 1906.
106. Christoff, Rusk. Wratsch. Nr. 39. 1907.
107. Graham, Journ. of the Amer. med. Assoc. Nr. 6. 1907.
108. Marwin, Beitr. z. klin. Chir. Bd. 53.
109. Friedrich, D. med. Woch. Nr. 48. 1904.
110. Pagenstecher, D. Zeitschr. f. Chir. 1899.
111. Bäumler, Münchn. med. Woch. Nr. 17. 1901.

B. Auszüge.

I. Mikrobiologie und Serologie.

106. **Über bakterielle Variabilität, insbesondere sog. Bakterienmutationen;** von K. Baerthlein. (Zentralbl. f. Bakt. I. Abt. Bd. 81. H. 6. S. 369.)

Variabilität kommt bei Bakterien in erster Linie in bezug auf das Koloniebild vor; dann aber können auch morphologische Variationen der Einzelkeime damit verbunden sein. Andere Variationen betreffen das biochemische Gebiet (Kohlehydratspaltungen z. B. bei Bact. pneumoniae, fermentative Prozesse), die serologischen Reaktionen, die Virulenz. Variationen können sowohl im menschlichen als auch im tierischen Körper zur Entwicklung und Ausreifung kommen. Nur relativen Charakter besitzt der Begriff der Irreversibilität. Alle Kulturen einer Bakterienart besitzen die Fähigkeit zu variieren. Auch können die Variationen die Grenze einer Bakterienart überschreiten. Fischer-Defoy (Dresden).

107. **Über bakteriologische Befunde bei den Gasphlegmonen Kriegsverletzter;** von R. Pfeiffer und G. Bessau. (D. med. Woch. 1917. Nr. 39. S. 1217.)

Auf Grund einer genauen Erforschung von 150 einschlägigen Fällen konnten Pf. u. B. feststellen, daß dem Gasbrand zwar keine einheitliche Ätiologie zukommt, in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle jedoch der *Fraenkel*sche Bazillus gefunden wurde. Biologisch und morphologisch konnten Pf. u. B. genau die gleichen Eigenschaften bei diesem Erreger feststellen wie sein Entdecker. — Außerdem wurde noch, zwar wesentlich seltener, der Bazillus des malignen Ödems festgestellt. Diesen *nicht* Fäulnis erregenden Anaërobien wird die Gruppe der Fäulniserreger gegenübergestellt. Unter diesen konnten die von Conradi und Bieling als „Uhrglasbazillen" sowie die von Pf. u. B. zuerst gezüchteten und von ihnen „Paraödembazillen" genannten Anaërobier als Erreger des Gasbrandes festgestellt werden. Eine Umzüchtung der einen in die andere Gruppe konnte nicht erzielt werden. Brütt (Hamburg).

108. **Beiträge zur Biologie der Tuberkelbazillen;** 2. Mitteilung; von Lockemann. (D. med. Woch. 1918. Nr. 26. S. 712.)

Aus den Untersuchungen L.s ergab sich, daß das Wachstum der Tuberkelbazillenkulturen *anfangs* um so langsamer erfolgt, je älter die Stammkultur ist; doch wird das *Höchstgewicht* bei allen Abimpfkulturen derselben Stammkultur ungefähr nach der gleichen Entwicklungszeit erreicht. Es steigt mit zunehmendem Alter der Stammkultur. Die Säuretiterkurven der Nährlösung D. (eiweißfrei, Monokaliumphosphat 0,40%, Mononatriumphosphat 0,30%, Magnesiumsulfat 0,06%, Magnesiumzitrat 0,25%, Asparagin 0,50%. Glyzerin 2,00% mit einem Säuregehalt von 5,6% normal gegen Phenolphthalein als Indikator) fallen anfangs um so langsamer, je älter die Stammkultur ist, auf einen niedrigsten Wert (von 5,6 bis auf etwa 2,0% normal), um dann wieder zu steigen und einen ähnlichen Verlauf zu nehmen wie die Kulturgewichtskurven. Kadner (Dresden-Loschwitz).

109. **Über die Agglutination roter Blutkörperchen u. die Hofmeisterschen Reihen;**

von W. Radsma. (Biochem. Zeitschr. Bd. 89. S. 211. 1918.)

Es wurde an defibriniertem Rinderblut gezeigt, daß man rote Blutkörperchen dadurch zur Agglutination bringen kann, daß man das Blut mit einem relativ großen Volumen isotonischer Glukoselösung versetzt. Elektrolytlösung in Spuren übte auf diese Agglutination sofort einen großen Einfluß aus. Derselbe war schon deutlich bemerkbar bei einem Zusatz von 0,04°/₀ Kochsalz und äquivalenten Mengen anderer Salze. Die Empfindlichkeit der Blutkörperchenagglutination für Neutralsalze ist demnach sehr groß. Die Anionen zeigten, nach ihrer Wirksamkeit geordnet, eine Anordnung wie in den Hofmeisterschen Fällungsreihen. Auf diese Weise konnte ein Einfluß der neutralen Alkalisalze auf die Haltbarkeit der Blutkörperchensuspensionen nachgewiesen werden. Die Wirksamkeit der Salze deutet darauf hin, daß in der Haltbarkeit einer Blutkörperchensuspension ein hydrophiles Kolloid eine große Rolle spielt. Die Haltbarkeit wird bedingt durch das Zusammenwirken dieses hydrophilen Kolloids und der Salzlösungen. Weiterhin wurde sehr wahrscheinlich gemacht, daß diese Reaktion sich an der Oberfläche der Blutkörperchen abspielt. Zugleich ergaben die Untersuchungen eine verschiedene Durchlässigkeit für Hämoglobin unter dem Einfluß der verschiedenen Salze.

Bachem (Bonn).

110. **Altes und Neues über die Partialantigene der Tuberkelbazillen;** von Deycke. (Zeitschr. f. Tuberk. Bd. 29. H. 2.)

Bei Tuberkuloseinfizierten lassen sich Antikörper im Blute durch Komplementbindung und Agglutination nachweisen. Die antigenen Eigenschaften der Partialantigene lassen sich nur im tuberkulösen Organismus feststellen. Jedoch muß auf Grund der experimentellen Untersuchungen angenommen werden, daß sie auch dem Fettkörper aus dem Tuberkelbazillus zukommen. Daß die verschiedenen Partialantigene verschiedene Reaktionen hervorrufen, zeigte sich auch bei der histologischen Untersuchung der Impfquaddeln bei der Stichreaktion. Fränkel (Heidelberg).

111. **Experimentelle und klinische Untersuchungen über die Serumfestigkeit des Typhusserums;** von Rosenthal. (Zeitschr. f. Hyg. u. Inf. 1918. H. 1.)

Typhusbazillen, die in aktivem normalen Kaninchenserum gezüchtet sind, lassen sich in 3—4 Passagen gegen dessen bakterizide Körper festigen; diese Bakterizidiefestigkeit ist nicht tierspezifisch und findet sich auch gegenüber anderen bakteriziden Seris, ist aber aktivem Menschenserum nur relativ zu bewerten. Immunisiert man Tiere aktiv mit dem bakterizidiefesten Stamm, so sind sie vor einer sonst tödlichen Infektion mit dem serumempfindlichen Typhusausgangsstamm geschützt.

Fischer-Defoy (Dresden).

112. **Zur Serologie des Flecktyphus;** von H. Werner und E. Leoneau. (Münchn. med. Woch. 1918. Nr. 22. S. 587.)

Beim Fleckfieber ist die Gruber-Widalsche Reaktion auch bei gegen Typhus nicht geimpften Personen in ungefähr 40°/₀ positiv. Das Fleckfieberserum hat gegenüber dem Typhusserum die stärkere koagglutinatorische Kraft, bezogen auf den Typhusbazillus einerseits und den Proteus X 19 andererseits. Deshalb ist es notwendig, in Fleckfiebergegenden bei Typhusverdacht mit positivem Widal auch noch die Weil-Felixsche Reaktion anzustellen, um durch Feststellung der Titerhöhe die Entscheidung über die Spezifität der Reaktion zu treffen. Eine Meerschweinchenimmunisierung mit Proteus X 19 schützte anscheinend ein Versuchstier vor der Infektion mit Fleckfieber. (Das Kontrolltier starb.)

Geppert (Hamburg).

II. Nervenheilkunde.

113. **Zur Diagnose und Prognose der Hirngeschwulst;** von L. Jacobsohn. (Ther. d. Gegenw. 1918. H. 5. S. 163.)

Mitteilung einiger Fälle, welche man in die Klasse der Pseudotumoren einreihen könnte. Es handelte sich um typische Tumorerscheinungen, in einem Falle war eine posttraumatische Kleinhirnzyste angenommen. Der günstige Verlauf ergab, daß es sich bei einem Teil der Fälle offenbar um eine Meningitis serosa gehandelt hatte. Jolly (Halle).

114. **Les amyothrophies périscapulaires spontanées (à type de myopathies localisées);** par A. Lévi et Perpère. (Presse méd. 1918. Nr. 35. S. 320.)

L. u. P. beobachteten innerhalb einiger Monate 10 Fälle einer nichtprogressiven, nichtfamiliaren, ein- oder doppelseitigen Atrophie der Muskulatur des Schulterblattes, hauptsächlich des Trapezius und Teres major. Keine fibrillären Kontraktionen oder Entartungsreaktion waren festzustellen. In einigen Fällen bestand der Zustand schon mehrere Jahre, seit der Kindheit; in anderen war er innerhalb kurzer Zeit unter leichten Schulterschmerzen entstanden. Eine Ursache ließ sich bei keinem der Patienten nachweisen. — 3 photographische Abbildungen.

Lamers (Herzogenbusch).

115. **Über die Meningitis serosa traumatica, insbesondere bei Kriegsverletzten;** von H. Schlecht. (Med. Klin. 1918. Nr. 19. S. 460.)

Die Therapie des Leidens besteht in Lumbalpunktion unter vorsichtigem langsamen Ablassen des Liquors, wodurch der intralumbale Druck auf normale Werte eingestellt wird. Nach der Punktion mehrere Tage Bettruhe. Nicht selten ist mehrfache Wiederholung der Punktion notwendig. Jolly (Halle).

116. **Bemerkungen zur Ätiologie der Epilepsie mit besonderer Berücksichtigung der Frage einer Kriegsepilepsie;** von E. Redlich. (Wien. med. Woch. 1918. Nr. 19. S. 839.)

Ausführliche Besprechung der in der Überschrift genannten Fragen mit Mitteilung von Krankengeschichten. Dort, wo epileptische Antezedenzien fehlen, eine sichere hereditäre oder erworbene Disposition zur Epilepsie nicht gefunden wird, andere genügende Ursachen für das Auftreten epileptischer Anfälle nicht nachweisbar sind, werde man Dienstbeschädigung anerkennen müssen. Jolly (Halle).

117. **Psychotherapie der Schlaflosigkeit;** von L. Stein. (Wien. med. Woch. 1918. Nr. 7. S. 294.)

Den schlaflosen Patienten gegenüber hebt St. hervor, daß Schlaf wohl erquickend und erfrischend wirke, jedoch nicht unbedingt nötig sei. Bei sehr verzweifelten Kranken legt er in irgendeiner Form klar, daß

sie sich über die Zeit ihres Wachseins täuschen, indem er sie über angeblich nachts stattgefundene, de facto aber fingierte Ereignisse fragt. Jolly (Halle).

118. **Funktionelle und organische Stimmstörungen im Heeresdienst;** von Nadoleczny. (Münchn. med. Woch. 1918. Nr. 12. S. 315.)

N. hat den Grundsatz, funktionelle Stimmstörungen in einer Sitzung zu beseitigen. Es wurden im ganzen 60 Mann in einer Sitzung geheilt, und zwar nach Kaufmann 40, nach Much 11, durch Hypnose 5, mit Lärmapparat 2, durch Übung 2 und nur durch Bettruhe im Einzelzimmer 1 Mann. Jolly (Halle).

119. **Über sogen. funktionelle Nervenerkrankungen;** von Flesch. (Psych.-neurol. Wochenschr. 20. Jahrg. Nr. 5 u. 6. S. 31.)

Fl. geht genauer auf die Biomechanik der Nervenzelle, der Nervenleitung und der Leitungsisolierung genauer ein, um dann das klinische Bild der traumatischen Neurose auf biomechanische Weise zu erklären, die in manchen Punkten noch sehr hypothetisch klingt, wie Fl. auch selbst hervorhebt. Schmidt (Andernach).

120. **Über die Beeinflussung der Sehnenreflexe durch die willkürliche Kontraktion;** von P. Hoffmann. (Med. Klin. Nr. 9. S. 203.)

Der Jendrassiksche Handgriff ruft entweder eine Erschlaffung der Antagonisten oder eine gewisse Innervation der zu untersuchenden Muskeln selbst hervor. Bei willkürlicher Kontraktion einer Muskelgruppe werden in weitem Umfang auch die anderen Muskeln des Körpers beeinflußt. Jolly (Halle).

121. **Untersuchungen über die Neubildung des durchtrennten Nerven;** von L. Edinger. (D. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 58. H. 1 u. 2. S. 1. 1918.)

Die neue Nervenfaser entsteht dadurch, daß aus der Ganglienzelle auswachsende Fasern in den Schwannzellen des peripheren und des zentralen Stücks die Elemente finden, welche ihnen ein Weiterwachsen ermöglichen. Jolly (Halle).

122. **Zur Pathologie der Plantarnerven;** von v. Malaisé. (D. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 58. 1. u. 2. H. S. 89. 1918.)

Unter Mitteilung einiger Fälle betont v. M., daß Neuritiden vorkommen, die sich auf den Plantarnerven beschränken. Sie können rheumatischen Ursprungs sein, in anderen Fällen scheint die Planovalgität an sich zu Entzündungen in diesem Nervenabschnitt und zu degenerativen Erscheinungen an den Fußsohlenmuskeln zu führen. Die Schmerzen beim Plattfuß sind gleichfalls in einer nicht geringen Anzahl der Fälle auf entzündliche Änderungen der Plantarnerven zurückzuführen; man findet bei solchen Kranken quantitative und qualitative elektrische Veränderungen an den Fußsohlenmuskeln bzw. an einem Teil derselben, welche darauf hinweisen, daß früher überstandene Schmerzattacken ihre Ursache in einer Neuritis plantaris gehabt haben. Jolly (Halle).

123. **Neuro-sexologische Beobachtungen in der Front;** von Lißmann. (Münchn. med. Woch. 1918. Nr. 11. S. 295.)

Im Jahre 1915 bestanden bei nicht gerade wenig Leuten pathologische Symptome, wie häufige Pollutionen mit erotischen Träumen, Ängstlichkeit, Reizbarkeit usw., um in den Jahren 1916/17 allmählich völlig aufzuhören, als einerseits die Ernährung zurückging und andererseits durch vermehrten Urlaub und öftere Ruhequartiere wirkliche Abstinenz nicht mehr anzunehmen war. Jolly (Halle).

III. Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie.

124. **Ist in der Kriegszeit eine Häufung der Karzinome zu bemerken?** von J. Amberger. (Zentralbl. f. Chir. Bd. 45. Nr. 15. S. 251. 1918.)

Während der Kriegszeit haben sich entschieden gehäuft die Zahl der eingeklemmten Hernien, die Ileusfälle, die Verzögerungen von Bruchkonsolidierungen, die Gallensteinanfälle. Was A. aber am meisten auffiel, ist die Steigerung der Zahl der Krebskranken gegenüber der Friedenszeit, und zwar nicht nur derjenigen, die an Karzinomen des Verdauungskanales litten, sondern auch derjenigen, die mit Karzinomen anderer Organe behaftet waren, insbesondere solcher mit Mammakarzinomen. Das Karzinom ist ja doch vorwiegend eine Erkrankung des alternden Körpers, und es ist wohl jedem aufgefallen, wie rasch und auffallend jetzt Leute jenseits des 40. Lebensjahres altern. Wagner (Leipzig).

125. **Übersicht über die Symptomatik der Osteomalazie als innersekretorischer pluriglandulärer Erkrankung;** von Naegeli. (Münchn. med. Woch. 1918. Nr. 22.)

Es werden besprochen die Symptome des Skelett-Muskel- und Nervensystems, des Stoffwechsels, der Blutbildung sowie der innersekretorischen Organe. Nach der eingehend besprochenen Symptomatik erscheint M. keine andere Möglichkeit annehmbar als die einer pluriglandulären, innersekretorischen Krankheit. Andere Erklärungsversuche (Trophoneurose, Sympathikuserkrankung, Affektion des Zentralnervensystems) werden zurückgewiesen. Geppert (Hamburg).

126. **Über die Bedeutung des Knochenmarks und der Blutbefunde für die Pathogenese der Osteomalazie;** von Naegeli. (Münchn. med. Woch. 1918. Nr. 21.)

N. hat im Sinne früherer Veröffentlichungen seine Bemühungen, die Beziehungen zwischen Osteomalazie und Anämie zu ergründen, fortgesetzt und ein neues klinisches Material zusammengestellt, aus dem hervorgeht, daß bei nicht allzu akut einsetzenden Osteomalazien Reizungen des myeloischen Systems vorkommen mit Erhöhung der Hb- und R-Werte. Bei sehr schweren Formen kommt es zu schweren Anämien mit Torpor des Knochenmarks. Im allgemeinen kommt es also bei Osteomalazie zuerst zu einer sekundären Erschöpfung der Knochenmarkstätigkeit. Geppert (Hamburg).

127. **Über verästelte Knochenbildungen der Lunge (Pneumopathia osteoplastica racemosa);** von M. Simmonds. (Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 25. S. 393. 5. Juni 1918.)

Die Pneumopathia osteoplastica racemosa stellt einen eigenartigen, gut charakterisierten Prozeß dar, dem eine angeborene Gewebsmißbildung zugrunde liegt. Sie entwickelt sich unabhängig von chronisch entzündlichen Vorgängen im höheren Alter und wird

wahrscheinlich durch begleitende katarrhalische Zustände der Luftwege gefördert. Sie führt zur Bildung eigenartiger Knochenverästelungen im Lungengewebe, die weder zu den Bronchialwegen noch zu den Gefäßen Beziehungen haben. Klinisch bemerkenswerte Symptome macht das Leiden nicht. Die Diagnose ließe sich aber intra vitam durch eine Röntgenaufnahme des Thorax stellen. Kautz (Hamburg).

128. **Über allgemeine Periostitis hyperplastica (Osteo-arthropathie hypertrophiante pneumique);** von E. Fraenkel. (Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 25. S. 401. 5. Juni 1918.)

Die generalisierte, hyperplastische Periostitis tritt in erster Linie bei chronischen, mit Eiterungs- und Einschmelzungsprozessen oder brandiger Zerstörung einhergehenden Lungenaffektionen, bei Bronchiektasen, putrider Bronchitis und Gangrän der Lunge auf, sehr viel seltener bei der chronischen Lungentuberkulose, und in zweiter Linie bei Herzfehlern; auch Lungengeschwülste und unter gewissen Umständen mediastinale Tumoren gehören mitunter zu den Grundleiden, auf deren Boden sich die Knochenaffektion entwickeln kann. Den Anstoß zur Bildung von Knochengewebe sieht Fr. in der Resorption im Körper entstandener Zersetzungsprodukte. Als Ursache der Knochenanbildung bei Herzfehlern ist das Moment der venösen Stauung zu berücksichtigen, wahrscheinlich neben der Wirkung bakterieller Stoffe bei erworbenen Klappenfehlern. Prädilektionsstellen der Skelettaffektion sind die eigentlichen Diaphysen der großen Röhrenknochen ohne irgendeine Gesetzmäßigkeit in dem wechselnden Betroffensein oberer und unterer Extremitäten. Weiterhin trifft man analoge Veränderungen an den Metakarpi, bzw. Metatarsi und den 2. Phalangen an Fingern und Zehen. Bei Besserung des Allgemeinbefindens der Patienten durch Rückgang bzw. Stillstand des Grundleidens kann auch eine Rückbildung der knöchernen Auflagerungen und damit eine Dickenabnahme der befallenen Knochen statthaben. Die klinische Diagnose des Leidens ist lediglich durch eine genaue röntgenologische Untersuchung möglich.
Kautz (Hamburg).

129. **Fall von verkalktem Aneurysma in der Arteria renalis;** von Einar Key und Ake Akerlund. (Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 25. Nr. 6. S. 551. 1918.)

Ein im linken Nierenhilus gelegener ca. erbsengroßer, gerundeter Konkrementschatten mit schalenförmiger Verdichtung an der Oberfläche, der als Uratstein mit Phosphorkarbonatschale gedeutet wurde, erwies sich bei der Operation als ein Aneurysma arteriae renalis mit Wandverkalkung. Differentialdiagnostisch wichtig gegen röntgenologisch nachweisbare Steinschatten ist die ungleichmäßige Kalkablagerung und eventuell mehr halbmondförmige als ringartige Konfiguration des Kalkschattens.
Kautz (Hamburg).

130. **Über die Einteilung der Lungentuberkulose;** von Ribbert. (D. med. Woch. 1918. Nr. 13.)

Entgegen den Anschauungen von Nicol und Aschoff wird festgestellt, daß die Lungentuberkulose weniger dem Gebiet eines Acinus entsprechend sich ausbreitet, als von der Wandung der Bronchiolen und ihrer Umgebung her. Auch die Einteilung Nicols in konglomeierende nodöse und konfluierende Formen oder die Aschoffs in tuberkulöse, produktive und käsig exsudative Phthise wird nicht anerkannt.

R. unterscheidet 3 Gruppen: 1. die zirrhotischen vernarbenden, 2. die granulierend exsudativen, 3. die exsudativen Formen. Diese lassen vielleicht einmal röntgenologisch erkennen.

Prognostisch sind die zirrhotischen Prozesse günstig, die exsudativen ungünstig; die granulierend exsudativen stehen in der Mitte.
Fränkel (Heidelberg).

131. **Weist basophile Punktierung in den roten Blutkörperchen auf Malaria hin?** von C. S. Engel. (D. med. Woch. 1918. Nr. 15. S. 404.)

E. konnte an seinem vorwiegend aus Nord- und Westrußland stammenden Malariamaterial einen Zusammenhang zwischen basophiler Punktierung und Malaria nicht erkennen.
Kadner (Dresden-Loschwitz).

132. **Streptobazillen-Infektion (Ducrey) am Finger;** von G. v. Lobmayer. (D. med. Woch. 1918. Nr. 8. S. 212.)

v. L. bezeichnet das Vorkommen dieser Infektion als „unendlich selten" und bespricht sie, um die Aufmerksamkeit auf die Möglichkeit der Autoinfektion zu lenken, die hier vorzuliegen schien.
Kadner (Dresden-Loschwitz).

133. **Über Filariasis;** von F. Rost. (Klin.-therap. Woch. 1918 Nr. 9 u. 10. S. 67.)

Bestimmte Stechmücken, die Chrysopsarten, saugen die im Menschenblut vorhandenen Mikrofilarien (Larvenform) auf. Diese entwickeln sich in den Malpighischen Gefäßen zum Muttertier, das durch die Leibeshöhle zum Rüsselapparat des Insektes zurückwandert, um beim nächsten Stich des Insektes wieder in das Blut des Menschen zu gelangen. Die Filarie durchbohrt die Haut des Menschen selbständig. Sie wird in einigen Monaten gechlechtsreif und ist vivipar. Die Mikrofilarien sind nur entweder tags oder nachts im Blute (diurna, nocturna). Während der Zeit, in dem sie nicht im Blute sich finden, verweilen die Filarien in der Lunge. Den Typ der Nocturna kann man umdrehen, wenn man den Patienten bei Tage schlafen läßt. Die Filarien wachsen mit dem Alter. Mit den Jahren sterben sie ab (verkalkte Tiere in Leber, Niere, Muskeln, Lunge). Für den Menschen pathogene Arten gibt es nur in den Tropen. Erkrankungen können durch das Muttertier und durch die Larve hervorgerufen werden. Die Larve bewirkt kaum Belästigungen, das Muttertier (Nocturna) nur mechanische Folgezustände: Lymphgefäßverstopfungen, Elephantiasis, Hämatochylurie. — Die Microfilaria diurna ist harmloser als die Microfilaria Bankrofti (nocturna). — Die Filarie durchwandert mit Vorliebe das Auge (subkonjunktival) und bevorzugt die Streckseiten der Beine, wo sie die Kalabar- oder Kamerunschwellungen erzeugt (Abszesse). — Der Medinawurm, Dracunculus medinensis, wird bis zu 1 m lang. Er erzeugt Abszesse, in denen er aufzufinden ist. Er kommt im Menschen in großen Mengen vor. Meist, besonders bei Filaria loas, kommt er nach Jahren zur Selbstheilung (Verschwinden der Filarien aus dem Blute, Abkapselung). Kadner (Dresden-Loschwitz).

134. **Akromegalie mit intensiven Diabetes und Wechsel in der Haarfarbe;** von O. Auch. (Med. Klin. 1918. Nr. 6. S. 131.)

Fallgeschichte mit letalem Ausgang, die dafür spricht, daß bei Hypophysentumoren mit hoher Zuckerausscheidung sich eine Operation nicht empfiehlt.
Cordes (Berlin).

135. **Purinstoffwechsel und Pathogenese der Gicht**; von H. Wiener. (Jahresk. f. ärztl. Fortb. 1918. S. 16.)

W. gibt eine erschöpfende Übersicht der neueren Arbeiten über die Schicksale der Harnsäure im tierischen. bzw. menschlichen Körper, ihre Beziehungen zum Purinstoffwechsel und zum Auftreten gichtischer Prozesse, deren Betrachtung zu folgenden Sätzen führt: Die Fortschritte der Gichtlehre in den letzten Jahren bestehen . . . zunächst in der Feststellung der Erhöhung des Blutharnsäurewertes auch bei *purinfreier* Ernährung und der gleichzeitig herabgesetzten Harnsäureausscheidung, wodurch ein prinzipieller Unterschied zwischen der Gichturikämie und allen anderen Formen der Urikämie festgelegt erscheint; ferner in dem endgültigen Nachweise, daß die verminderte Harnsäureausscheidung *nicht auf einer renalen Retention*, sondern zum Teil auf dem Auftreten der Harnsäure in einer weniger harnfähigen Form, zum Teil auf einer gesteigerten Affinität der Gewebe zu derselben beruht; ein Fingerzeig zur Erklärung des Ausfallens der Urate, der Ursache der Gichtanfälle und der Tophi, sowie zur Erklärung der typischen Lokalisation derselben. Auch in das Wesen dieser gesteigerter Affinität beginnt man Einblick zu erhalten. Ein weiterer Fortschritt ist in dem Nachweise der verlangsamten und verschleppten Harnsäureausscheidung und -bildung nach Zufuhr von Harnsäurebildnern zu erblicken.

Kadner (Dresden-Loschwitz).

136. **Die Ödemkachexie**; von J. Flesch. (Klin.-therap. Woch. 1918. Nr. 17 u. 18. S. 125.)

Fl. sah 300 Fälle mit 50 Autopsien. Außer dem von anderen geschilderten Krankheitsbild hebt Fl. das Bestehen mehr oder minder hochgradiger Bradykardie hervor (46—60), die sich im Stehen und Gehen bessert, ohne Labilität oder Reizbarkeit der Herzaktion. Der Tod tritt ein, nachdem der Kranke unvermittelt — fast apoplektiform — bewußtlos wurde, unter dem Bilde schwerster Intoxikation. Fast nie besteht Lungenödem. Harn stark diluiert. Analeptika, Kardiaka, Adrenalin, Kochsalzinfusion sind nutzlos. Die Obduktion zeigt hydropische Degeneration des perikardialen, omentalen und perirenalen Fettgewebes. Auffallend ist meist hochgradige Stauung in Leber und Niere. Auffallende Veränderungen des Blutbildes konnte Fl. nicht finden. — Flüssigkeitsentziehung vermindert die Ödeme, ohne sie ganz zu beseitigen. Die Kranken wurden erst ödemfrei, wenn ihnen nicht mehr als 1,5 Liter Flüssigkeit gestattet, die Ödemabfuhr mittels Thyreoidin gefördert und eine genügende Kalorienmenge (1400—1500) zugeführt wurde. Aus der Analyse des Verlaufes gehe mit großer Wahrscheinlichkeit hervor, daß es sich zunächst um progredienten Eiweiß-Fettzerfall handle; ist der Vorrat aufgebraucht, so werden die parenchymatösen und drüsigen Organe abgebaut. Von einem gewissen Zeitpunkt an tritt eine Insuffizienz der inneren Sekretion — polyglanduläre Insuffizienz — in den Vordergrund (Hormone der Schilddrüse, Nebenniere und Hypophyse); sie bedingt verminderte Ansprechbarkeit des vegetativen Nervensystems. — Behandlung: Steigerung der Kalorienzufuhr bis 1450, Bettruhe und Wärmezufuhr. Nur bis 1500 Flüssigkeit pro Tag. Thyreoidin 3—4mal 0,3 bis zum Verschwinden der Ödeme. Calcium lacticum 4,0 pro die. Kleine Alkoholdosen. Kadner (Dresden-Loschwitz)

137. **Über die abnormale Entwickelung der Geschlechtsorgane eines neugeborenen Mädchens.** (Vierteljahrsschr. f. ger. Med. Bd. 55. H. 2. S. 182. 1918.)

Fall von Hermaphroditism. femin. intern., bei dem die äußeren Teile durchaus männliches Geschlecht vortäuschen und ein Skrotum ähnliches Gebilde mit einem 2 cm langen, mit einer Öffnung und einer präputiumartigen Kappe versehenen Penis zeigen. Die Obduktion ergibt Atresia ani, vaginae et urethrae. Die Vagina ist im oberen Teile zu einer hühnereigroßen Zyste ausgedehnt. An diese schließen sich beiderseits Zysten, die als erweiterte Teile eines Uterus bicornis erkannt werden. Es finden sich wohlausgebildete Arterien und mit Fimbrien versehene Tuben vor. Der Gegensatz zwischen den wohlausgebildeten inneren und täuschend entwickelten äußeren Geschlechtsteilen ist auffallend.

Kellner (Hubertusburg).

IV. Pharmakologie (einschl. Pharmakotherapie) und Toxikologie.

138. **Untersuchungen über neue Metallfarbstoffverbindungen in der Behandlung der Streptokokkeninfektion und des Mäusekarzinoms**; von P. Hüssy. (Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 80. H. 2. S. 352. 1918.)

Das Ziel ist Virulenz*hemmung*. Das Methylenblausilber erwies sich in dieser Beziehung als wenig wirkungsfähig, ebenso die anderen Kernfarbstoffe, wie Gentianaviolett, Safranin, Fuchsin, Indigkarmin, Eosin. Dagegen erwiesen sich *Akridinium*verbindungen noch in Verdünnungen von 1 : 100 000 gegenüber Streptokokken außerordentlich wachstumshemmend, ähnlich gegenüber Gonokokken. Noch wirksamer erwies sich das Silbersalz, auch gegen Milzbrandbazillen. In 12 Fällen von Puerperalsepsis war der Erfolg stets ein guter, namentlich dann, wenn die Behandlung frühzeitig einsetzte. Rascher lytischer Abfall des Fiebers, manchmal noch einmaliger Anstieg für 1—2 Tage. Auch bei anderweitiger Sepsis, Phlegmonen und akutem Gelenkrheumatismus erwies sich das Mittel als gut. Bei Gonorrhöe wurde 0,1proz. Lösung mit Erfolg angewendet. — Mäusekarzinomtumoren mittlerer Größe verschwanden nach Umspritzung mit dem Kadmiumsalz. Klien (Leipzig).

139. **Zur Würdigung der Nebenwirkungen neuerer Schlafmittel, besonders des Adalins**; von Fürbringer. (Ther. d. Gegenw. 1918. Nr. 6. S. 185.)

Adalin gilt im allgemeinen als gutes, ungefährliches, von Nebenwirkungen freies Medikament; doch bedingt es manchmal unerwünschte Störungen, wie Benommenheit, Kopfschmerz, Schwäche, Gewöhnung, perverse Geruchs- und Geschmacksempfindungen, Juckreiz. Einen Teil dieser Nebenwirkungen der Bromkomponente zuzuschreiben, ist nicht angängig. — Zu den bereits bekannten Nebenwirkungen des *Veronals* fügt F. einige andere, wie Luftknappheit, kumulative Wirkung usw. hinzu. Beim Medinal handelte es sich mitunter um Benommenheit, Kopfschwere und Schwindel. Dagegen scheint das *Dial* fast gänzlich frei von Nebenwirkungen zu sein, allenfalls wurde geringer Kopfschmerz beobachtet. Beim *Luminal* ist auf Exantheme und nervöse Begleiterscheinungen zu rechnen, neben örtlichen Entzündungen bei subkutaner Injektion. Das neuerdings sehr empfohlene *Nirvanol* hat in seltenen Fällen Exanthem mit Fieber sowie Nirvanolkater hervorgerufen.

Bei allen Schlafmitteln tut der Arzt gut, durch

vorsichtig gewählte Dosen die Reaktionsfähigkeit des Organismus zuerst zu ermitteln, um allmählich vorsichtig zu kräftigeren Gaben übergehen zu können.
Bachem (Bonn).

140. **Das neue Narkotikum Eukodal**; von Siegfried. (D. med. Woch. 1918. Nr. 7. S. 185.)

Auf Grund von Angaben der mit *Eukodal* behandelten Kranken sagt S., *das Mittel entspreche etwa dem Morphin. Auf keinen Fall stehe es ihm nach.* Wo kleine Gaben des letzteren nicht wirken, oder exzitieren, komme man mitunter mit kleinen Eukodaldosen aus. 0,02 subkutan begünstigte die Wirkung der Äthernarkose, machte meist den Zusatz von Chloroform überflüssig und schwächte das Exzitationsstadium ab. Auch der Brechreiz wird gelindert oder bleibt aus.
Kadner (Dresden-Loschwitz).

141. **Über Wechselbeziehungen zwischen Harn und Chinin in der Hämolyse**; 1. Mitteilung; von J. Matko. (Wien. klin. Woch. 1918. Nr. 3. S. 65.)

Bei Versuchen mit 10tägiger Verabreichung von Chininum muriaticum sah M., daß mit wenigen Ausnahmen sowohl die Gesunden, als auch die Malariakranken mit *Produktion von hämolytischen Harnen reagiert haben.* Acht davon bereits innerhalb der ersten 2—4 Stunden nach Einnahme des Chinin. Man werde geneigt, diese Erscheinung mit dem Auftreten des Schwarzwasserfiebers in Zusammenhang zu bringen, weil dieses innerhalb dieser Zeit nach Chiningenuß einzutreten pflegt. Intensität und Dauer der Produktion hängt von der Disposition der Versuchsperson ab, wobei es unter 25 Männern einige gab, welche während der ganzen Chininkur zeitweise toxische Harne ausschieden. Der Vorgang, der bei der Zerstörung der Erythrozyten durch diese Harne zutage tritt, gleicht in allen Punkten jenem, den M. bei Zusatz von Chinin in den partiell schützenden und nichtschützenden Harnen beobachtete; in beiden erstreckte sich die Zerstörung der roten Blutköperchen nur auf eine gewisse Anzahl derselben. — Die Ursache der Zerstörung der Erythrozyten sei in den Harnen selbst und nicht in den Erythrozyten zu suchen. Die Natur der hämolytischen Eigenschaft der Harne stehe vermutlich, infolge der Thermostabilität dieser Harne usw., mit den Salzen der Harne im Zusammenhang.
Kadner (Dresden-Loschwitz).

142. **Zur Theorie der Adsorptionstherapie und über ein kolloidales Kohlepräparat**; von W. Walther. (Ther. d. Gegenw. 1918. Nr. 6. S. 192.)

An Stelle der Tierkohle hat W. mit gutem Erfolg kolloide Kohle, unter dem Namen *Carcolid* im Handel, bei einer Reihe von Darmkatarrhen angewandt. Zu den Versuchen wurde die 15proz. wässerige Lösung gebraucht. Abgesehen von ihrer besseren Wirkung hat sie gegenüber der Tierkohle den Vorzug, daß sie sich besser einnehmen läßt und ihr Geschmack ein angenehmerer ist.
Bachem (Bonn).

143. **Styracol zur Behandlung von Diarrhöen und ruhrartigen Durchfällen**; von Rauert. (Med. Klin. 1918. Nr. 15. S. 374.)

R. verwandte Styrakol bei Katarrhen des unteren Darmabschnittes, bei blutigen, schleimig-eitrigen Stuhlgängen mit und ohne Tenesmen. Bei den Ruhrerkrankungen oder ruhrähnlichen Erkrankungen des letzten Sommers wurde das Mittel in sehr zahlreichen Fällen verwandt. Auch bei den Dickdarmkatarrhen der Kinder mit blutigen Stuhlgängen (Dysenterie der Kinder) kam Styrakol zur Anwendung. Es wurden 2—3 Tage lang 3—4mal täglich Erwachsenen je 1 g, Kindern 0,5 g (in Haferschleim) gegeben. Die Tabletten läßt man zweckmäßig in etwas Wasser zerfallen. Dann konnte zu Wismut + Tannin oder ähnlichen Gerbmitteln übergegangen werden. Bei Erwachsenen wurde Opium nebenbei gegeben. In der Kinderpraxis kamen bei den Dysenterien der Kinder auch solche Fälle mit gutem Erfolge zur Behandlung, welche vorher einer anderen Behandlung Trotz geboten hatten. Beobachtet wurde schnelles Verschwinden der Blutabgänge und im ganzen ein schneller und günstiger Verlauf.

Bei der Ruhr ist Erfordernis, daß das Mittel im Beginn gegeben wird, bevor die bekannten tiefergehenden Veränderungen der Schleimhaut eingetreten sind.
Bachem (Bonn).

144. **Über Migrol**; von L. Rieß. (Wien. klin. Woch. 1918. Nr. 15 u. 16. S. 87.)

Die Brenzkatechinmonoazetsäure wurde bereits früher als Natriumsalz unter dem Namen *Guajazetin* bei Lungentuberkulose angewandt und neuerdings wird das Kalziumsalz — im Handel als Kalzibram — als Antipyretikum, Antiphlogistikum und Sedativum von Boruttau empfohlen. Ähnlichen Zwecken dürfte das *Migrol*, eine Verbindung von Brenzkatechinmonazetsäure und Dimethylamidophenyldimethylpyrazolon (Pyramidon) dienen. Es eignet sich besonders bei chronischem Gelenkrheumatismus, Muskelrheumatismus, Ischias, Lumbago, Interkostalneuralgien, Kopfschmerzen, Influenza, Tuberkuloe usw. Nebenwirkungen sind selten; es wird vom Magen gut vertragen und infolge seiner leichten Löslichkeit schnell resorbiert. Gabe: 3mal täglich 0,5 g in Tabletten oder Lösung.
Bachem (Bonn).

145. **Contribution à l'étude de l'étiologie du goitre endémique. Le traitement du goitre par la désinfection intestinale continue au benzonaphthol**; par Messerli. (Rev. méd. de la Suisse rom. 1918. Nr. 4. S. 248.)

Es gelang in 2 Fällen von „weichem" Kropf durch 5wöchentliche Darreichung von 3mal täglich 0,5 g Benzonaphthol den Umfang des Halses um mehrere Zentimeter zu verringern, eine Methode, deren Ergebnis sich mit früheren Beobachtungen M.s und anderer Autoren deckt. Gleichzeitig kann Jod äußerlich angewandt werden.
Bachem (Bonn).

146. **Ratanhiasalbe als Überhäutungsmittel**; von M. Oppenheim. (Wien. klin. Woch. 1918. Nr. 16. S. 146.)

Als gutes Wundüberhäutungsmittel eignet sich eine Salbe von der Zusammensetzung: Extractum Ratanhiae 1,0, Vaselinum 10,0. Diese rotbraune Salbe ist fast geruchlos, haftet der Haut fest an und ist ohne Haufärbung leicht entfernbar. Sie soll sich als Ersatz für Höllenstein-, Scharlachrot- oder Pellidolsalbe trefflich eignen, denn sie wirkt gut keratoplastisch, epithelisierend und adstringierend. Unangenehme Begleiterscheinungen wurden nicht beobachtet. Auch ist die Salbe billig. Bachem (Bonn).

147. **Sekalevergiftung und Tetanie**; von H. Schlesinger. (Wien. klin. Woch. 1918. Nr. 15. S. 405.)

Sekale kann viele Wochen lang in Tagesmengen von 2—3 g (als frisches oder älteres Präparat, erhitzt oder nicht in der Hitze getrocknet) ohne Gefahr gegeben werden. Auch die therapeutische Verwendung kann mehrere Wochen ohne Bedenken gestattet werden. Nach längerem Gebrauche größerer Dosen treten mitunter das Fazialisphänomen und andere Zei-

chen mechanischer Nervenübererregbarkeit auf. Aber selbst solche, durch Sekale sensibilisierte Individuen zeigten nach subkutaner Einverleibung von 1—3 mg Alttuberkulin keine weiteren Zeichen einer Epithelkörpercheninsuffizienz; keine andere Symptome gestatten die Annahme einer Tetanie. Ist jemand durch parathyreoidale Insuffizienz anderer Ätiologie für die Entstehung einer Tetanie prädisponiert, so wird vielleicht manchmal nach einer abgeschwächten Sekalevergiftung eine Tetanie entstehen. Schwere Sekalevergiftung mag in einzelnen Fällen wie andere Gifte Tetanie hervorrufen. Die idiopathische Tetanie rezidiviert selbst nach Darreichung größerer Sekaledosen durch längere Zeit hindurch nicht. Dagegen wird chronische Tetanie durch Sekale mitunter verschlimmert; Sekale kann in der Latenzzeit bisweilen Anfälle hervorrufen; manchmal aber hören die Anfälle trotz ständigen Sekalegebrauches auf.

Mutterkorn erzeugt in den Mengen, in welchen es gewöhnlich dem Mehl beigemengt ist, ja selbst in wesentlich stärkerer Mischung (bis 1,5%. bzw. 4 g pro die und mehr) auch bei vielwöchentlichem Genuß des frischen Präparates keine Tetanie. Die idiopathische Tetanie kann daher nicht als mitigierter chronischer Ergotismus aufgefaßt werden. — Übrigens zeigen idiopathische Tetanie und Sekaleintoxikation klinisch keine vollkommene Übereinstimmung.

Bachem (Bonn).

148. **Vergiftung durch Anstrichmittel an Bord;** von Weber. (Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. 1918. Nr. 6. S. 90.)

Mitteilung eines Falles, in dem ein Mann etwa 5/4 Stunden in einem Schiffsraum angestrichen hatte und bald nachher Erregungs- und halluzinatorische Verwirrungszustände zeigte, die in Koma übergingen; außerdem bestanden Kongestionen zum Kopf, Kopfschmerzen, Schwindel, unsicherer Gang und rauschartiger Zustand sowie Par- und Hypästhesien. Die Erinnerung an das Vorgefallene war teilweise geschwunden. Die Untersuchung ergab, daß die an sich harmlose Farbe mit geringwertigem Handels*benzol* gemischt war. Von den 12 Mitarbeitern des Patienten erkrankten noch 4 andere, jedoch leichter. — Als Vorbeugemaßregel wird ein Hinweis seitens der Zentralstellen auf die genannten Gefahren und deren Verhütung gefordert. Bachem (Bonn).

149. **Vergiftungen durch Spinatersatz;** von Fr. Netolitzky. (Wien. klin. Woch. 1918. Nr. 20. S. 562.)

N. warnt mit Recht vor den „Volksbeglückern", die in der jetzigen Zeit dem in botanischen Dingen oft recht unerfahrenen Volk allerlei Ersatzgemüse empfehlen, was bereits mehrfach zu tödlichen Vergiftungen geführt hat. In dem mitgeteilten Falle waren neben Brennesseln die Blätter von Conium maculatum verzehrt worden, was den plötzlichen Tod eines Mannes zur Folge hatte. Auf Grund dieses Falls wurde seitens des österreichischen Armeesanitätschefs ein Verbot erlassen, das das planlose Sammeln und Zubereiten von Wildpflanzen als Gemüse einzuschränken bestimmt war. — Will man einen Spinatersatz genießen, so benutze man die Blätter der Brennessel, des jungen Wiesenklees und der einheimischen Gemüsepflanzen (Rüben, Radieschen usw.).

Bachem (Bonn).

150. **Über die Formalinprobe zum Nachweis von Kohlenoxyd im Blute;** von H. Katz. (Wien. klin. Woch. 1918. Nr. 19. S. 526.)

Empfehlung der von Liebmann und Wachholz empfohlenen Formalinprobe. Diese besteht darin, daß man zu kohlenoxydhaltigem Blute die gleiche Menge 40proz. Formalin zusetzt, wodurch sofort ein *ziegelroter* Niederschlag entsteht, während kohlenoxydfreies Blut einen *braunen* Niederschlag zeigt. Die Probe ist dabei haltbar, spezifisch und bis zu 15% Kohlenoxydhämoglobingehalt im Blute empfindlich. Sie ist daher dem spektroskopischen Nachweis und der Tanninprobe vorzuziehen. Sie hat sich K. in zahlreichen Fällen, wo der Tod in der CO-haltigen Atmosphäre erfolgte, bestens bewährt.

Bachem (Bonn).

151. **Schwerste akute Erkrankungen nach intravenöser Neosalvarsaninjektion;** von Lottmann. (Med. Klin. 1918. Nr. 23. S. 562.)

Die beiden mitgeteilten Fälle, von denen der eine tödlich endete, betrafen schwerste Krankheitsbilder mit Bewußtlosigkeit, epileptiformen Krämpfen, Zungenbiß und akuter Nierenreizung. Bei beiden traten die Erscheinungen 8—9 Tage nach der intravenösen Neosalvarsaninjektion ein. Als Ursache für den Todesfall (genaues Obduktionsprotokoll und anatomische Diagnose werden mitgeteilt) wird die hochgradige lymphatische Konstitution des einen Kranken angesehen. Bachem (Bonn).

V. Psychiatrie.

152. **Angewandte Psychiatrie;** von Stransky. (Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 74. S. 22.)

St. will den Psychiatern, von denen nach seiner Ansicht sehr viele eine Weltfremdheit, eine Unkenntnis der seelischen Grundlinien, der Zusammenhänge und Außenformen des Menschen- und Gesellschafts- und Völkerlebens erkennen lassen, neue Wege und Ziele weisen. St. verlangt mehr Einfluß auf die Rechtsprechung und Rassenhygiene, will die Psychiater zu weltlichen Beichtvätern und Seelenhirten, Lehrern und Wegweisern für Staatsmänner und Diplomaten usw. machen. (Sollte St. den Wirkungskreis der Psychiater nicht gar zu sehr ausgedehnt wissen?)

Schmidt (Andernach).

153. **Über die Abnahme der alkoholistischen Geistesstörungen in der Provinz Schlesien während des Krieges;** von Ziertmann. (Psych.-neurol. Woch. 20. Jahrg. S. 55.)

Der Rückgang der männlichen Alkoholiker betrug 85,6 v. H., der männlichen Deliranten 96,1 v. H. und der chronischen Alkoholpsychosen 80,1 v. H. Bei den Frauen war eine Abnahme des Alkoholismus um 85.7 v. H. festzustellen. Im ganzen ergab sich eine derartige Abnahme der alkoholistischen Geistesstörungen, daß diese vor dem Kriege so häufigen Krankheitsformen aus den Irrenanstalten fast verschwunden sind oder doch nur einen kaum noch merklichen Bruchteil unter den Aufnahmen darstellen. Ursache des Rückganges ist die durch den Krieg bedingte Ausschaltung oder Erschwerung des Alkoholkonsums.

Schmidt (Andernach).

154. **Störung der Assoziationsspannung, ein Elementarsymptom der Schizophrenien;** von Bleuler. (Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 74. S. 1.)

Bl. stellt die Hypothese auf, daß durch die Assoziationsspannung die durch Erfahrung gebildeten

Assoziationen in ihren Bahnen gehalten werden. Im Schlafe und in der Zerstreutheit läßt diese Funktion nach; ebenso lockern sich die Assoziationen in für unsere Kenntnisse ganz gleicher Weise auch bei den Schizophrenien. Aus diesem Grunde hält Bl. es für wahrscheinlich, daß der schizophrene Prozeß die Assoziationsspannung irgendwie schwächt, und er vermutet, daß die Schwäche der Schaltspannung die Grundlage der spezifisch schizophrenen Erscheinungen ist. Schmidt (Andernach).

155. **Evolution des chimisme et de la cytologie du liquide céphalo-rachidien dans la paralyse générale;** von L. Osman. (Revue méd. de la Suisse rom. 1918. Nr. 8. S. 477.)

Starker Albumengehalt und Globulinnachweis mit wenig Lymphozyten findet sich im vorgerückten Stadium der Paralyse. Bei akuten Meningitiden ist die Verminderung der zellulären Elemente ein gutes Zeichen, bei Paralyse ein Zeichen ungünstigen Fortschrittes. Albuminose und Hyperzytose vereinigt ist diagnostich verwertbar für den Ausbruch der Paralyse. von Noorden (Bad Homburg).

156. **Von der Übertragung religiös-überspannter und theosophischer Ideen und von einer Gruppe „wahrer Menschen";** von Peretti. (Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 74. S. 54.)

P. konnte die Überpflanzung theosophischer Ideen bei einer kleinen Personengruppe beobachten, die sich eine eigene Weltanschauung zurechtgemacht hatten. Der Mittelpunkt dieser psychischen Epidemie war ein Magnetopath, der schon mindestens 9 Jahre geisteskrank war. Er verstand es, seine Frau, die sich zunächst ablehnend verhielt, zu seinen Ansichten zu bekehren, ebenso seine beiden Töchter, seinen Schwiegersohn, 2 Ehepaare und ein älteres Fräulein. Wie sehr diese Leute im Banne der Suggestion standen, ersieht man aus den gemeinsamen Visionen, die als Bewegungen der Gestirne, in den Wolken fahrende Wagen u. dgl., nach vorheriger Ankündigung durch den Magnetopathen, von den Anhängern mit Entzücken wahrgenommen werden. Es handelt sich um einen ausgesprochenen Fall von induziertem Irresein. Schmidt (Andernach).

157. **Pseudoparalysen;** von L. Taussig. (Časopis C'kařů česk'ych. 1918. Nr. 46—49.)

Die Pseudoparalysen zerfallen in luetische und nicht luetische, und die letzteren wieder in intoxikatorische (Alkohol, Blei), autointoxikatorische (Diabetes, Urämie) und organische (Atherosklerose, Tremoren, multiple Sklerose). — Die Unterscheidung der Paralyse von der Pseudoparalyse ist meist leicht; entscheidend ist die reflektorische Pupillenstarre. In zweifelhaften Fällen entscheidet die biologische Analyse des Liquors und die Seroreaktion des Blutes. Sehr schwierig ist oft die Unterscheidung der Paralyse von der luetischen Pseudoparalyse. Hier kommt der physische und psychische Status praesens und die Länge des Inkubationsstadiums, wenn sie 5—7 Jahre nicht überschreitet, in Betracht. Es ist nicht richtig, daß die luetische Pseudoparalyse fast stets in den ersten Jahren nach der Infektion auftritt; vielmehr kommt die diffuse luetische Arteriitis gerade in den späteren Stadien vor. Nicht entscheidend ist der Erfolg der antiluetischen Therapie oder der Verlauf: es gibt Paralysen mit chronischem und (maligne) Zerebrallues mit rapidem Verlauf. T. sah auch Fälle von Paralyse mit stationärem Verlauf. In derartigen Fällen legt T. das Hauptgewicht auf die quantitative Bestimmung der luetischen Reagine im Liquor. Mühlstein (Prag).

158. **Systematisierter Größenwahn auf submanischer Grundlage bei einem Soldaten an der Front;** von Gierlich. (Med. Klin. 1918. S. 563.)

29jähriger Mann, der schon von Jugend auf zeitweise verstimmt war. Im Felde traurige Verstimmung mit Angst- und Verzweifelungsgefühlen, dann fühlte er eine Offenbarung und Erleuchtung, er sei von Gott berufen, Frieden zu stiften. Nach 3—4 Wochen allmählich Krankheitseinsicht. Jolly (Halle).

159. **Über psychische Infektion;** von G. Flatau. (D. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 59. H. 5 u. 6. S. 278. 1918.)

Bei 2 Patienten traten dieselben hysterischen Symptome auf, wie bei 2 anderen Patienten, mit denen sie das Zimmer teilten. Jolly (Halle).

VI. Chirurgie.

160. **Über die Verwendung des Chloräthyls in der Kriegschirurgie;** von D. Kulenkampff. (D. med. Woch. 1917. Nr. 42. S. 1324.)

Wie zu erwarten war, hat sich der Chloräthylrausch bei den so häufig notwendigen kurzen Narkosen bei Verwundeten (Verbandwechsel usw.) außerordentlich bewährt. K. bespricht ausführlich die Technik des Rausches und betont, daß eine Überdosierung — als welche schon das Exzitationsstadium aufzufassen ist — keineswegs unbedenklich sei. Besonders ruhig und angenehm verlaufen die Räusche, wenn vorher etwas Morphium subkutan gegeben ist.

Die Vollnarkose mit Chloräthyl ist unbedingt zu vermeiden, da hierbei die Gefährlichkeit des Mittels erheblich wächst.

K. empfiehlt das Chloräthyl außerdem zur Einleitung der Vollnarkose mit Chloroformäther. Auf diese Weise erzielt man sehr rasch eine ruhige Narkose; auch die Unruhe der Patienten, die bei Beginn der Chloroform-Äthernarkose häufig beobachtet wird, fällt fort. Eine besondere Gefährlichkeit dieser Methode, die von einigen Seiten betont wird, liegt nach K.s Erfahrungen nicht vor. Brütt (Hamburg-Eppendorf).

161. **Über Hautmuskelnarben nach Schußverletzung, ihre Folgen und ihre Heilung;** von A. Schoenlank. (Münchn. med. Woch. 1918. Nr. 2. S. 40.)

Durch gleichzeitige Verletzung der Haut, der Faszie und Muskulatur entstehen schwere Narben, die nicht nur mitunter schwere Bewegungsstörungen hervorrufen, auch Narbengeschwüre zur Folge haben. Der einzig heilende Weg ist der operative, der neben genauer Ausschneidung Gewicht auf die Deckung des Muskels mit Faszie legen muß. Cordes (Berlin).

162. **Starrkrampf bei Erfrierung, zugleich ein Beitrag zur offenen Wundbehandlung;** von Böhler. (Med. Klin. 1917. Nr. 11.)

Beschreibung von 2 Fällen, bei denen sich im Anschluß an eine Erfrierung 3. Grades ein foudroyant verlaufender Tetanus einstellte. Seit diesen Beobachtungen spritzt B. bei solchen Erfrierungen prophylaktisch Tetanusserum und behandelt außerdem ganz

offen. Weitere Tetanusfälle nach Erfrierungen sind seitdem nicht bei ihm vorgekommen.

Brütt (Hamburg-Eppendorf).

163. **Zur Klinik des chronischen Tetanus;** von W. Schmidt. (Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 30. H. 1 u. 2. S. 76.)

Ein Fall von Spättetanus mit Ersterscheinungen nach 64 Tagen und Prodromalsymptomen von 3 Wochen, bestehend in lokalen Muskelintraktionen, wobei die endliche Auslösung im Anschluß an eine Operation am Arm statthatte, legt die Pflicht auf, bei einmal an Tetanus Erkrankten die Steckgeschosse unbedingt zu entfernen. Gleichzeitig ist eine prophylaktische Injektion vorzunehmen. Tetanusbazillen wurden im vorliegenden Falle nicht gefunden.

von Noorden (Bad Homburg).

164. **Lagekorrektur von schlechtgeheilten Knochenbrüchen durch Osteotomie im Gesunden;** von Friedr. Bonhoffi. (Zentralbl. f. Chir. 1918. Nr. 14. S. 231.)

Bei einem 20jährigen Matrosen wurde eine schwere Deformität des Unterschenkels, die einen zum Auftreten völlig unbrauchbaren Fuß zur Folge hatte, durch Osteotomie im Gesunden und Drehung völlig ausgeglichen und dadurch ein Normalstand des Fußes und völlige Gehfähigkeit erzielt. Ein Ausgleich der Verkürzung war natürlich nicht möglich. B. empfiehlt also für solche Fälle, wo bei deform geheilten komplizierten Frakturen wegen ausgedehnter Weichteilnarben eine örtliche plastisch Operation nicht in Frage kommt und nur eine Verschlimmerung oder gar eine Pseudarthrose resultieren könnte, die Osteotomie im Gesunden. Wagner (Leipzig).

165. **Kalipermanganbehandlung der Gasphlegmone;** von Ed. Richter. (Zentralbl. f. Chir. 1918. Nr. 17. S. 282.)

Das chirurgische Eingreifen ist natürlich nach wie vor zur Entfernung von Tuchfetzen, Fremdkörpern, Knochensplittern und der verschmierten Wundfetzen unumgänglich nötig; ebenso breite Spaltung und Exzision der brandigen Teile, sowie reichliche Gegeninzisionen. Das Wundgebiet ist darauf das 1. Mal und höchstens das 2. Mal noch beim Verbandwechsel mit 5proz. Kali hypermangan.-Lösung zu betupfen, worauf das Muskelgewebe eine bräunliche Färbung annimmt. Irrigationen werden am besten mit warmer Lösung 1 : 500 ausgeführt. Schädigungen von Nieren und Herz hat R. nie gesehen. Wagner (Leipzig).

166. **Über die putriden Phlegmonen (Gasphlegmonen) des Krieges;** von P. F. Nigst. (Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte 1918. Nr. 14—16.)

Über den Stand der Gasphlegmoneforschung äußert sich N. dahin, daß 1. die Symptomatologie und Pathogenese durch das gehäufte Auftreten der schweren Infektionskrankheit auf den verschiedenen Kriegsschauplätzen eine große Bereicherung erfahren hat; 2. die Prophylaxe durch das aktive Prinzip der Wundrevision die große Gefahr der Gasphlegmone bedeutend herabsetzte, und durch das weitere Studium der Ätiologie uns vielleicht Mittel in die Hand gegeben werden, auch diesen so gefürchteten Wundinfektionen mit kausaler Prophylaxe zu begegnen, wie beim Tetanus und Rauschbrand der Kinder; 3. die Therapie in der möglichst raschen und ausgiebigsten Freilegung besteht; 4. die Meinungen und Auffassungen über die Ätiologie außerordentlich divergieren und eher weniger geklärt sind wie vor dem Kriege.

Wagner (Leipzig).

167. **Die Gasphlegmone und ihre Behandlung;** von O. Rumpel. (Volkmanns Sämml. klin. Vortr., Neue Folge, Chirurgie. Nr. 202—205. 98 S.)

An der Hand einer großen Zahl eigener Beobachtungen schildert R. das klinische Bild und die Behandlung der Gasphlegmone. Nach seinen Untersuchungen kommen ätiologisch nicht allein der Fraenkelsche Gasbrandbazillus in Betracht, sondern außerdem der Rauschbrandbazillus und der Bazillus des malignen Ödems. Was die Entstehung und Ausbreitung des Gasbrandes angeht, so konnte auch R., gleich allen anderen Autoren feststellen, daß die Muskulatur der Hauptsitz der Erkrankung ist und daß Zirkulationsstörungen das Fortschreiten des Prozesses außerordentlich begünstigen. Die Bezeichnung „Gasödem“ (Aschoff) ist für die Frühstadien angebracht. Interessant ist die Konstatierung, daß in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle die Erkrankung am 2. Tage nach der Verwundung auftrat. Die Schilderung des klinischen Bildes deckt sich im großen und ganzen mit denen der anderen Autoren, die wir in dieser Zeitschrift wiederholt beschrieben haben. Ausdrücklich betont sei nochmals, daß freie Gasansammlung in der Wunde noch keineswegs eine Gasphlegmone bedeutet; erst die Progredienz des Prozesses, das Befallen *lebenden* Gewebes ist das entscheidende Moment.

Prophylaktisch ist von größter Bedeutung breite Spaltung der Wundkanäle und offene Wundbehandlung; wenn angängig, ist die primäre Exzision des Geschosses anzustreben. Wenn die Behandlung der Gasphlegmone im Laufe des Krieges auch etwas weniger radikal geworden ist, so empfiehlt R. auf Grund seiner Erfahrungen doch, bei durch Ober- bzw. Unterschenkelschußbruch komplizierten Fällen zu amputieren; beim Arm kann man zurückhaltender mit der Absetzung des Gliedes sein, da hier wegen der geringeren Muskelmasse die Gasphlegmone nicht so schwer verläuft.

Von der rhythmischen Stauung hat R. nicht so besondere Erfolge gesehen, daß er dies Verfahren empfehlen könnte; hingegen lobt er das alte Mittel der Kataplasmenbehandlung.

Der Serumbehandlung, insbesondere der prophylaktischen Einverleibung von Gasbrandserum, schreibt R. eine entschieden günstige Wirkung zu.

Brütt (Hamburg-Eppendorf).

168. **Über die Verwendung der Dampfdusche zur Wundbehandlung;** von A. Laqueur. (Zeitschr. f. phys. u. diät. Ther. 1918. Nr. 1. S. 17.)

L. empfiehlt die *Wundbehandlung mittels der Dampfdusche* unter Schilderung des Verlaufes einiger mit dieser Methode behandelten Fälle angelegentlich, ohne zu verschweigen, daß in gewissen Fällen die Lichttherapie rascher und sicherer zum Ziele führt.

Kadner (Dresden-Loschwitz).

169. **Intravenöse Methode der lokalen Behandlung entzündlicher Prozesse;** von W. Keppler und W. Manninger. (Zentralbl. f. Chir. 1918. Nr. 24. S. 399—402.)

K. teilt 3 Fälle mit, in denen er Vuzinum bihydrochloricum in einer Lösung von 1 : 10000 injizierte. In allen 3 Fällen ergaben sich schwere Mißerfolge. In dem einen Falle — gekreuzte Phlegmone von Hand und Vorderarm — kam es zu einer aufsteigenden eiterigen Thrombose der Vena cephalica, an die sich eine tödlich endende Pyämie anschloß. Jedenfalls ist das Verfahren keineswegs frei von Gefahren; das gilt namentlich für die akuten Entzündungs-

formen. Wenn auch Art, Menge und Konzentration des verwandten Mittels nicht gleichgültig sind, so werden die Gefahren doch vor allem durch das mechanische Moment bei der Injektion heraufbeschworen. Hiergegen müssen in erster Linie Sicherungen ge schaffen werden.

Manninger hat, weil Eukupin und Vuzin schon durch Spuren von Alkali gefällt werden, in den Versuchen, die er mit der intravenösen Anwendung der Mittel in der abgeschnürten, vom Kreislauf ausgeschalteten Extremität machte, vorerst das freie und leicht gebundene Alkali der Gefäßwand und des trotz Auswickelns zurückbleibenden Blutes durch leichtes Ansäuern gebunden und dann erst die antiseptische Lösung: Vuzin 1 : 10 000 angewendet. M. hat seine Versuche bisher nur an vier zur Amputation reifen Extremitäten — schwer sekundär infizierte tuberkulöse Gelenke — gemacht. 3 Extremitäten konnten erhalten werden; 1 Kranker starb 3 Wochen nach der Operation an Urämie infolge von Schrumpfniere. Bei akuten Phlegmonen hat M. den Versuch noch nicht gewagt. Wagner (Leipzig).

170. **Die intravenöse Methode der lokalen Behandlung entzündlicher Prozesse;** von F. Breslauer. (Zentralbl. f. Chir. 1918. Nr. 17. S. 277.)

Es gibt eine Methode, die das Ziel, sämtliche Schädlinge im Gewebe zu treffen, mit physikalischer Sicherheit erreicht: das ist die lokale intravenöse Darreichung des Antiseptikums im abgeschnürten Glied. Die Technik ist mit geringen Abweichungen die der Bierschen Venenanästhesie. Nach Beendigung der Injektion wird Vene und Haut verschlossen. Die Blutleerbinden bleiben liegen, im ganzen $^1/_2$—1 Stunde. Innerhalb dieser Zeit findet in dem behandelten Bezirk eine so ausgiebige und lückenlose Berührung von Infektionserreger und Antiseptikum statt, wie sie durch keine andere Methode erreicht werden kann. Die Anwendungsmöglichkeiten der Methode sind recht ausgedehnt. Es kommen sämtliche entzündlichen oder toxischen Affektionen der Extremitäten in Frage, gegen die wir theoretisch ein Mittel kennen. B. berichtet namentlich über Versuche mit Vuzin und Tuberkulin. Wagner (Leipzig).

171. **Behandlung von Knochenhöhlen mit Humanol;** von E. Holländer. (Zentralbl. f. Chir. 1918. Nr. 20. S. 334.)

Mit dem von ihm seit 12 Jahren angewandten Humanol — nur durch Operation von Lipomen, Netzhernien usw. gewonnenes, ausgelassenes, menschliches Fett — hat H. in der Behandlung von Knochenhöhlen, wie sie nach Schußverletzungen und Osteomyelitis vorkommen, auffallende Heilerfolge erzielt. Die goldgelbe sterilisierte Flüssigkeit bleibt jahrelang unverändert; sie wird heiß in die Knochenhöhlen eingegossen; exakter primärer Wundverschluß. In der Mehrzahl der Fälle tritt statt der früheren suppigen Eiterung eine sehr spärliche, trüb seröse, oft auch fade riechende Sekretion ein, die aber allmählich nachläßt und den Erfolg zeitigt, daß in ca. 3 Wochen im Durchschnitt die Knochenhöhle fistellos verschlossen ist. Statt der knochenadhärenten Narben erzielt man bewegliche und nicht eingezogene Narben. Wagner (Leipzig).

172. **Zur Frage des Blutersatzes;** von M. Krabbel. (Zentralbl. f. Chir. 1918. Nr. 18. S. 305.)

Die von Kr. empfohlene Methode stammt von dem Physiologen Kestner und wurde auch von ihm tierexperimentell durchgeprüft. Um die schnelle Diffusion der in das Gefäßsystem eingebrachten Kochsalzlösung in die Gewebe hintanzuhalten, setzt ihr Kestner Gummi arabicum in bestimmtem Prozentgehalte zu. Die Kestnersche Lösung ist NaCl 9,0, G. arab. 30,0, Aqu. dest. ad 1000,0. Der Erfolg tritt fast momentan ein und — das unterscheidet die Methode von den früheren Verfahren — *hält dann an,* während ja die günstige Wirkung der Kochsalzadrenalin-Infusion nur vorübergehender Natur ist. Wagner (Leipzig).

173. **Über feuchte Verbände;** von Pels-Leusden. (Zentralbl. f. Chir. 1918. Nr. 20. S. 333.)

Auch P.-L. steht auf dem Standpunkte, daß der feuchte Verband zur Behandlung von geschlossenen oder nicht genügend geöffneten akuten Eiterungen zu verwerfen ist. Dagegen ist nach genügender Eröffnung die Wirkung des feuchten Verbandes eine sehr angenehme. Die Feuchtigkeit im Verbande hat die Rolle, das zähe Sekret aufzulösen, es flüssiger und besser diffundierbar zu machen. P.-L. lehrt seit langem schon, daß man die feuchten Verbände da verwenden soll, wo man es mit zähem, an der Luft und auch unter trockenen Verbänden rasch zu einer undurchlässigen Schicht austrocknenden Sekretes zu tun hat. Mit dieser strengen Indikationsstellung wird sich jeder, auch der schärfste Gegner solcher Verbände, einverstanden erklären können, da sie die Verwendung der feuchten Verbände in der Wundbehandlung auf eine ganz bestimmte Sorte von Wunden einschränkt und jeder Willkür Schranken setzt. Wagner (Leipzig).

174. **Idioplastik oder Alloplastik?** von F. Danziger. (Zentralbl. f. Chir. 1918. Nr. 26. S. 429.)

D. macht einen neuen Vorschlag zur Deckung von Schädeldefekten mittels Messingblechplatten, dem sog. Viktoriablech. Bei diesem Vorschlage der Plombierung des Schädeldefektes handelt es sich um nichts anderes als um die Heranziehung des zahnärztlichen Instrumentariums und der zahnärztlichen Methoden. Alle technischen Einzelheiten der am Lebenden bisher wohl noch nicht versuchten Methode sind im Originale nachzulesen. Wagner (Leipzig).

175. **Plastische Deckung freiliegender Arterien mit granulierenden Hautlappen;** von v. Gaza. (Zentralbl. f. Chir. 1918. Nr. 27. S. 453.)

In 3 Fällen wurde die plastische Deckung der freiliegenden und arrosionsgefährdeten Art. cubitalis mit einem gestielten, bereits granulierenden Hautlappen vom Wundrande vorgenommen. Die mit Granulationen bedeckte Arterienwand und der granulierende Hautlappen heilten schnell aneinander. Wagner (Leipzig).

176. **Diagnose des Aneurysma traumaticum;** von B. Zondek. (Zentralbl. f. Chir. 1918. Nr. 28. S. 480.)

Mitteilung von drei diagnostisch interessanten Fällen. Im 1. Falle täuschten die für Aneurysma typischen Geräusche ein Aneurysma der Subklavia vor. Die akustischen Phänomene mußten aber als reine Stenosengeräusche aufgefaßt werden, da sie durch Kompression der Gefäße infolge Kallusmassen der Klavikula hervorgerufen wurden. Im 2. Falle war das Fehlen des Radialispulses das wesentlichste Symptom, das auf ein Aneurysma der Subklavia hinwies. Durch eigenartige anatomische Verhältnisse am aneurysmatischen Sacke — sehr harte Schale, peri-

pheres Ende der Art. subclavia im Narbengewebe verwachsen — mußte das Fehlen der anderen diagnostischen Merkmale erklärt werden. Im 3. Falle bestand ein Aneurysma der Brachialis (*nicht* pulsierendes Hämatom), das nur durch heftige Parästhesien charakterisiert war. Andere diagnostische Symptome waren nicht vorhanden. Wagner (Leipzig).

177. **Nervenüberbrückung zwischen den Enden abgeschnittener Nerven zur Beförderung der Regeneration;** von J. Forssmann. (D. med. Woch. 1917. Nr. 40. S. 1263.)

Unter den zahlreichen Methoden, die zur Überbrückung von Nervendefekten angegeben sind, haben sich die meisten nicht bewährt. Insbesondere gilt das für die von Edinger erfundene Methode der „Tubalisation" des Nerven mit agargefüllten, gehärteten Kalbsarterien.

F. hat auf experimenteller Grundlage ein Verfahren ausgearbeitet, durch auto- bzw. homoioplastisch transplantierte Nervenstücke den Defekt zu überbrücken. Die guten Resultate der Tierexperimente lassen erwarten, daß das Verfahren sich auch beim Menschen bewähren wird.

Brütt (Hamburg-Eppendorf).

178. **Gegen die wahllos aktive Behandlung der Schädelschüsse;** von Rehn. (Münchn. med. Woch. 1918. Nr. 25. S. 676—77.)

Von 15 im primären Wundstadium (bis 36 Stunden nach der Verletzung) operierten Tangentialschüssen wurden 14 mit guter Prognose, 1 mit zweifelhafter entlassen. Von 10 im Intermediärstadium Operierten starben 6. 4 wurden mit Hirnprolaps abtransportiert, 3 davon mit schlechtem Allgemeinbefinden. Von 23 im Intermediärstadium eingelieferten *konservativen* behandelten Tangentialschüssen starben 3, 19 wurden mit guter Prognose entlassen. In 8 Fällen wurde sekundär operiert, von diesen wurde 1 Fall mit zweifelhafter Prognose abtransportiert. Das Optimum für den operativen Eingriff liegt im Primärstadium nach Abklingen des Verletzungs- bzw. Transportschocks. Wegen der schwierigen äußeren Verhältnisse kann leider meist nicht auf dem Hauptverbandplatz operiert werden, das Feldlazarett muß die Versorgungsstelle der Schädelschüsse sein. Thormählen (Hamburg).

179. **Hirnzyste des rechten Seitenventrikels operativ geheilt;** von L. Bornhaupt. (Zentralbl. f. Chir. 1918. Nr. 24. S. 404.)

Der Fall betrifft einen 46jährigen Musiker, der vor der Operation 3 Jahre krank war; unter der Diagnose multiple Sklerose wurde der Patient als unheilbar bezeichnet. Erst spät kam es zur Stauungspapille. Die Oktober 1913 vorgenommene Operation ergab eine bis an die Gehirnoberfläche getretene apfelgroße Zyste des rechten Seitenventrikels. Leichte Ausschälung der Zyste. Heilung, die seither fortbesteht. Patient hat seinen Künstlerberuf wieder vollkommen aufgenommen. Wagner (Leipzig).

180. **Traumatische Kleinhirnabszesse;** von H. Ziegner. (D. Zeitschr. f. Chir. Bd. 144. H. 3 u. 4. S. 157. 1918.)

In den 3 Fällen Z.s handelte es sich 2mal um Abszeßbildung nach Granatsplittersteckschuß und 1mal um Abszeßbildung nach infizierter Verletzung der Okzipital-Nackengegend. Im letzteren Falle war eine Knochenverletzung durch das Geschoß nicht erkennbar gewesen. Er muß daher den Fällen zugerechnet werden, bei denen sich von einer infizierten Weichteilwunde aus bei intaktem Knochen ein Abszeß intrazerebral sekundär entwickelte, in dem betreffenden Falle scheinbar an der Stelle des Quetschherdes. Der Tod trat im 1. Falle nach 8 Monaten, im 2. Falle nach 8 Tagen, im 3. Falle nach 10 Wochen ein. Im 1. Falle handelte es sich um ausgedehnte eiterige Einschmelzungen unter gleichzeitiger ausheilender Umwandlung in Bindegewebe am primären Sitz der Verletzung; fast die ganze Kleinhirnsubstanz war vernichtet. Der 8 Tage alte Prozeß im 2. Falle zeigte noch keine reaktive Abgrenzung. Beide Fälle endeten ohne Infektion der Meningen; nur im letzten Falle kam es nach enzephalitischen Erscheinungen mit Abszeßbildung zur tödlichen Meningitis purulenta. Alle 3 Fälle boten übereinstimmend das Bild der Meningitis serosa intraventricularis. Störungen des Gleichgewichtes, taumelnder, unsicherer Gang bestand bei allen 3 Kranken. Wegen der weiteren interessanten Symptome muß die Originalarbeit nachgelesen werden.

Wagner (Leipzig).

181. **Heilung einer Ventrikelzyste durch freie homoplastische Fettfüllung;** von A. Wagner. (D. Zeitschr. f. Chir. Bd. 144. H. 1 u. 2. S. 84. 1918.)

Bei dem 26jährigen Offizier wurde ein nach einem schweren Tangentialschuß des Schädels entstandener großer rechtsseitiger Hydrocephalus internus durch homoplastische Fettimplantation zur Heilung gebracht. Die große sanduhrförmige Höhle — Länge 10 cm, größte Breite 7 cm — ist auch nach der Fettfüllung auf dem Röntgenbild der rechten Schädelseite mit großer Deutlichkeit zu erkennen. Der Fall ist von prinzipieller Wichtigkeit: 1. dadurch, daß erwiesen ist, daß auch eine mehrtägige Jodoformgazetamponade einer rechten Ventrikelzyste nicht unter allen Umständen eine letale Meningitis zur Folge haben muß; 2. die beiden mächtigen Fettstücke sind in der trotz Tamponade vollkommen glattwandig gebliebenen Höhle glatt eingeheilt; 3. auch homoplastisch gewonnenes Fett heilt ohne Störung ein; 4. das Ventrikelsystem hat nur in den ersten Tagen mit geringen meningealen Symptomen reagiert; später war keinerlei schädlicher Einfluß von seiten des Gehirns erkennbar und ist auch nach 1 Jahr nicht zu erkennen. Wagner (Leipzig).

182. **Besserung kortikaler Spasmen durch Enkophalolyse;** von A. Wagner. (D. Zeitschr. f. Chir. Bd. 144. H. 1 u. 2. S. 100. 1918.)

W. teilt 2 Fälle von kortikalen Spasmen mit, bei denen die Enkephalolyse günstig eingewirkt hat. Übertragen wir die Neurolyse auf die Gehirnnarbe, so führen wir die Enkephalolyse aus. Wir befreien das Gehirn von der Schwiele, bis es frei pulsiert, legen auf die freigelegten Bahnen ein weiches Polster, am besten einen frei transplantierten Fettlappen, und verschließen darüber die Haut ohne Knochendeckung, um jeden unnötigen Druck zu vermeiden. Darüber kommt ein lockerer Verband. Durch eine derartig ausgeführte Enkephalolyse schaffen wir: 1. eine Besserung der Durchblutung und Ernährung, 2. geben operativ den Anstoß zur weiteren Rückbildung des pathologischen Prozesses und 3. die Möglichkeit der Bildung neuer Kollateralbahnen und neuer Bahnen, die eingeübt werden können.

Wagner (Leipzig).

183. **Doppelte Unterkieferresektion in einem Fall von hochgradiger Progenie**

von H. Pichler. (Arch. f. klin. Chir. Bd. 110. H. 1 u. 2. S. 444. 1918.)

Bei einem Falle von hochgradiger entstellender Progenie mit völliger Aufhebung der Kaufunktion wurde durch beiderseitige Keilresektion aus dem horizontalen Unterkieferast Heilung erzielt. Die genaue Vorausbestimmung der Form und Größe der entfernten Stücke, die Herstellung einer verläßlichen Zahnschiene vor der Operation, der winklige Sägeschnitt und die Ausführung der Resektion ohne Eröffnung der Mundhöhle waren für den Erfolg wesentlich. Kautz (Hamburg).

184. **Die röntgenographische Darstellung der Luftröhre mit besonderer Berücksichtigung ihrer Veränderungen bei Kropfkranken;** von M. Sgalitzer. (Arch. f. klin. Chir. Bd. 110. H. 1 u. 2. S. 418. 1918.)

Die bisherige Röntgenuntersuchung der Luftröhre war eine unvollkommene, da sie die Forderung des Zweiplattenverfahrens, der Darstellung in zwei zueinander senkrechten Richtungen nicht erfüllte, eine den tatsächlichen Verhältnissen entsprechende Vorstellung ihrer anatomischen Veränderungen demnach nicht vermitteln konnte. Die Luftröhre kann bei geeigneter Technik, ihrer ganzen Ausdehnung entsprechend, in seitlicher Projektion zur Anschauung gebracht werden, wodurch frontale Abplattungen, Kyphosen, Lordosen, Abknickungen nach vorn oder hinten auf der Platte festgehalten werden. Die seitliche Aufnahme bringt die Luftröhre stets in ihrer ganzen Länge und über die Bifurkation hinaus, außerdem auch losgelöst vom störenden Wirbelsäulenschatten zum Ausdruck. Durch die Ermöglichung der seitlichen Trachealaufnahme in ihrem ganzen Verlauf ist die Darstellung der Luftröhre in zwei zueinander senkrechten Projektionen gegeben, dem fundamentalen Erfordernis für ihre erschöpfende Untersuchung. Während das sagittale Bild nur seitliche Verbiegungen und Einengungen der Luftröhre erkennen läßt, sind durch das Zweiplattenverfahren alle ihre Lage- und Formveränderungen, gleichgültig welcher Art, leicht nachweisbar. Durch eine derartig genaue Bestimmung von Luftröhrenveränderungen, insbesondere durch Angabe der Höhe der Kompression und der Druckrichtung ist dem Chirurgen der sichere Fingerzeig gegeben, welcher Teil der Struma zu entfernen ist, soll die Kompression behoben werden. Außer über pathologische Veränderungen der Trachea hat der Röntgenbefund vor der Kropfoperation über das eventuelle Vorhandensein einer intrathorazischen Struma, das Verhalten des Ösophagus und den Zustand des Herzens Auskunft zu geben. Neben dem großen Nutzen der genauen Aufklärung über Lage- und Formveränderungen der Trachea besitzt die Röntgenuntersuchung den nicht zu unterschätzenden Vorzug, daß sie den Befund dauernd im Bilde festhält und ihre Anwendung dem Patienten keine Beschwerden verursacht. Ihre Anwendung scheint geboten bei allen Kropfkranken, auch wenn diese nicht unter Atembeschwerden leiden, da auch dann Trachealkompressionen vorliegen können, ferner bei jeder Dyspnöe unklaren Ursprungs. Kautz (Hamburg).

185. **Zur Frage der Ösophagatomie;** von K. W. Eunike. (Med. Klin. 1918. Nr. 10. S. 235.)

2 Fälle, in denen mit der Oesophagotomie gute Erfolge erzielt wurden, betont die Dränage der Wunde und das Einlegen der Magendauersonde, auch ist in vielen Fällen nicht erst zur Oesophagoskopie, sondern direkt zur Operation geschritten worden. Cordes (Berlin).

186. **On the treatment of tuberculous empyema;** by J. Holmgren. (Nord. Med. Ark. Bd. 50, 2. Abt. H. 3. S. 292.)

Zur Behandlung des Empyems wird gleichzeitig mit der Thoracocentese Luft in die Pleurahöhle eingeführt, wobei zwei Nadeln unter Einschaltung eines Manometers benutzt werden. Fischer-Defoy (Dresden).

---

187. **Endresultate der Gastroenterostomie beim Magengeschwür;** von W. Bausch. (D. Zeitschr. f. Chir. Bd. 144. H. 3 u. 4. S. 168. 1918.)

Bericht über 50 Kranke, die von Zeller operiert worden sind. B. stellt folgende Schlußsätze auf: Beim Magengeschwür, das längere Zeit einer internen Behandlung trotzt, ist die Gastroenterostomie als Operation der Wahl in Vorschlag zu bringen. Unter Berücksichtigung der Technik gibt die von v. Hacker ausgebaute Gasteroenterostomia retrocolica posterior isoperistaltica die besten Operationsresultate. Die Indikationen für sie sind: Pylorusstenose, häufige und unstillbare Blutungen, perigastritische Verwachsungen, atonische Gastrektasie, insgesamt also Folgezustände eines in nicht zu großer Ausdehnung an irgendeiner Stelle des Magens sitzenden Geschwürs. Die operative Mortalität des Magenulcus und seiner Folgen schwankt zwischen 2 und 12 Proz. bei Gastroenterostomie und 20 bis 30 Proz. bei Resektion. Von den Anfängern der Resektion wird hervorgehoben, daß bei bis zu 43 Proz. der bestehenden Ulcera eine bösartige Entartung des Magengeschwürs nachgewiesen wurde. Von den Anfängern der Gastroenterostomie wird ins Treffen geführt, daß die nur bis zu 6 Proz. vorkommende Entwicklung von Krebs bei Gastroenterostomierten eher den Schluß erlaube, daß die Operation die Möglichkeit der bösartigen Umwandlung stark vermindert habe. Ulcus duodeni ist nur durch Gastroenterostomie zu behandeln. Wagner (Leipzig).

188. **Technik der Gastropexie und Hepatopexie;** von E. Bircher. (Zentralbl. f. Chir. 1918. Nr. 27. S. 449.)

Die besten Resultate bei der Gastropexie gibt zweifellos die von Rovsing angegebene Methode: Raffung der vorderen Magenwand durch Längsnähte und Fixation dieser an der vorderen Bauchwand. In den letzten Fällen ist B. so vorgegangen, daß er vorher die hintere Wand durch eine in der Längsrichtung angebrachte Raffung oder Faltung verkürzte. Bei dieser kombinierten Methode sind die Resultate subjektiv und objektiv sicher der einfachen Gastropexie überlegen. B. hat bisher 84 Gastropexien vorgenommen, von denen 67,9 Proz. geheilt, 19 Proz. gebessert wurden. Auch für die Hepatoptose hat sich B. ein eigenes Verfahren gebildet, das in einer besonderen Raffung des Lig. falciformis und in einer Fixation des Lig. teres an der Fascie oder am Proc. ensiformis besteht. Näheres im Original. Wagner (Leipzig).

189. **Die Querresektion des Magens in verbesserter Form;** von M. Wilms. (Zentralbl. f. Chir. 1918. Nr. 19. S. 317.)

Für bestimmte Fälle empfiehlt W. die Querresektion des Magens so vorzunehmen, daß bei der Ver-

einigung der Magenstümpfe nicht die kleine Curvatur auf beiden Seiten aneinandergenäht wird, sondern daß die große Curvatur mit der kleinen nach einer Drehung um die Längsachse des Magens von 180° verbunden wird. Man sollte meinen, daß eine derartige Drehung der Magenstümpfe um 180° dem Magen eine auffallende Form geben müßte. Dem ist jedoch nicht so; der Magen erhält dabei eine dem normalen Magen auffallend ähnliche Form, was sich durch die Elastizität der Magenwand erklärt.

Wagner (Leipzig).

190. **Ausgedehnte Magenresektion bei Ulcus duodeni statt der einfachen Duodenalresektion bzw. Pylorusausschaltung;** von H. Finsterer. (Zentralbl. f. Chir. 1918. Nr. 26. S. 434.)

F. empfiehlt bei der Behandlung des Ulcus duodeni, sowohl bei der Resektion des Duodenums als auch bei der Ausschaltung des Ulcus stets einen großen Teil des Magens zu entfernen (bis zu $^2/_3$ des Magens), um auf diese Weise den Kranken wenn möglich dauernd vor den Gefahren des Ulcusrezidivs und des Ulcus pepticum jejuni zu bewahren. F. hat in den letzten $2^1/_2$ Jahren in 24 Fällen von Ulcus duodeni derartig ausgedehnte Magenresektionen ausgeführt, und zwar 19 mal bei gleichzeitiger Entfernung des das Geschwür tragenden Duodenalabschnittes, 5 mal unter Belassung des Geschwürs zur Ausschaltung desselben. F. hat unter den 24 Fällen nur *einen* Todesfall, der einen Patienten mit akutester Duodenalblutung betraf, der vollständig ausgeblutet zur Operation kam und seiner akuten Anämie erlag. Wagner (Leipzig).

191. **Über eine eigene Operationsmethode der Darm-Invagination;** von L. v. Mieczewski. Zentralbl. f. Chir. 1918. Nr. 19. S. 319.)

M. hat die Rydygiersche Methode folgendermaßen abgeändert: Nach Anlegung einer zirkulären Naht am Invaginationshalse wird eine Öffnung im Invaginans gemacht, deren Länge höchstens 3 bis 4 cm beträgt. Man umgeht jetzt das Invaginatum samt Mesenterium mit einer dicken Aneurysmanadel, die am besten mit einem Gummidrain armiert ist. Der Faden wird nunmehr etwa 2 cm unterhalb des Invaginationshalses festgeknotet, um dadurch die Blutzufuhr zum invaginierten Darmstück abzuschneiden. Die Darmöffnung im Invaginans wird hierauf geschlossen und oberhalb des Invaginationshalses eine kleine Darmfistel durch Einnähung eines Gummirohres bewerkstelligt. Nachdem nun die Ligatur das Invaginatum nach einigen Tagen durchschnitten hat, geht das gangränöse Darmstück ab und die Kommunikation im Darmlumen wird wieder hergestellt. Stuhl und Gase entleeren sich per anum, und man kann das Drain aus der Darmfistel entfernen, das bis dahin die Darmgase abgeleitet hatte. Wagner (Leipzig).

192. **Operative Behandlung der fixierten „Doppelflintenstenose" an der Flexura coli sinistra — Kolonwinkelsenkung —;** von E. Payr. (Zentralbl. f. Chir. 1918. Nr. 27. S. 446.)

Die von P. als Doppelflintenstenose beschriebene Adhäsionsfixation zwischen Querdarmwandteil und Anfangsteil des Colon descendens ist von vielen Autoren rückhaltlos anerkannt worden. Für die schweren Formen ist operativ die Enteroanastomose angezeigt. Der durch Transversoptose äußerst scharf gewordene, normalerweise spitze Winkel an der Flexura lienalis ist durch eine an sich sehr kräftige und oft durch neugebildete Adhäsionen bedeutend verstärkte Bandmasse, das Lig. phrenico-colicum und colico-lienale bedingt. P. hat nun schon vor 10 Jahren zum erstenmal die Durchtrennung dieser Bänder beim Fehlen schwerer Seit-zu-Seitverwachsungen mit nachfolgender Senkung des Kolonwinkels mit sehr gutem Erfolge ausgeführt. Die Technik der Operation, die P. als linksseitige Kolonwinkelsenkung — Kolokathesis — bezeichnet, muß im Originale nachgelesen werden. Der Eingriff hat vor den Enteroanastomosen den sehr großen Vorteil, daß er 1. das Darmlumen nicht eröffnet, 2. keine ausgeschaltete Darmpartie schafft, 3. technisch viel einfacher ist und dadurch kürzer dauert als jene, 4. sämtliche Maßnahmen zur Anregung der Peristaltik unbedenklich sofort gestattet. Der günstige Einfluß auf den quälenden Meteorismus, die hochgradigen Blähungsbeschwerden, den Zwerchfellhochstand, die chronische Obstipation tritt oft in allerkürzester Zeit sehr deutlich zutage. P. hat bisher 10 Kranke nach dieser Methode mit gutem Erfolge operiert. Wagner (Leipzig).

193. **Zur Amputation des Penis;** von F. Franke. (Zentralbl. f. Chir. 1918. Nr. 20. S. 336.)

In einem Falle von Peniscarcinom, wo das Glied dicht an der Wurzel abgenommen werden mußte, schonte F. die vollkommen intakte Harnröhre mit ihrem intakten Schwellkörper. Er erhielt einen ca. 5 cm langen Stumpf, den er mit Penishaut umkleidete. Glatte Heilung; Pat. vermag im Strahl zu urinieren, ohne sich zu benässen. F. glaubt, daß sich sein Verfahren für die meisten Fälle von Peniscarcinom eignet, da dieses bekanntlich, wenn es nicht schon gar zu weit um sich gegriffen hat, sich hauptsächlich in den Schwellkörpern des Penis weiter ausdehnt, die Harnröhre aber, und namentlich in ihrem hinteren Abschnitt, lange frei läßt; man wird wohl in den meisten Fällen noch ein längeres Stück der Harnröhre erhalten können. Wagner (Leipzig).

---

194. **Ein neuer Weg zum Plexus brachialis zwecks Anästhesierung;** von P. Babitzki. (Zentralbl. f. Chir. 1918. Nr. 13. S. 215.)

In den Fällen, wo aus irgendeinem Grunde das Kulenkampfsche Verfahren nicht ausführbar ist, empfiehlt B. folgenden neuen Weg zum Plexus brachialis. Der Punkt für die Quaddel bzw. für den Einstich, von dem die Nadel in einer gewissen Tiefe ($1^1/_2$—3 cm) unmittelbar auf den Plexus stößt, befindet sich *unterhalb* des Schlüsselbeins in dem Winkel, der innerhalb vom Schultergelenk durch die Kreuzung der Clavikula mit der zweiten Rippe gebildet wird. Wagner (Leipzig).

195. **Beitrag zum Aneurysma der Vertebralis;** von R. Lauenstein. (Zentralbl. f. Chir. 1918. Nr. 10. S. 149.)

Mitteilung von 2 Fällen von Vertebralis-Aneurysma. Auffallend war in den beiden Fällen die verschiedene Wirkung der zentralen Ligatur auf die Blutung aus dem Aneurysmasack. Das eine Mal stand sie bis auf die Blutung aus zwei kleinen Gefäßen, die leicht gefaßt werden konnten; in dem zweiten Falle blutete es unvermindert weiter. Dieser Kranke ging dann an einer Nachblutung zugrunde, weil sich die Catgutligatur an dem Vertebralisstumpfe gelöst hatte. Bei allen schwer zugänglichen Aneurysmen der Art. vertebralis soll man die zentrale und periphere Ligatur des Gefäßes vornehmen, bevor man auf den Aneurysmasack eingeht. Wagner (Leipzig).

196. **Über die plastische Verlängerung der Sehne des M. biceps brachii;** von A. Báron. (Zentralbl. f. Chir. 1918. Nr. 12. S. 194.)

Diese Operation ist hauptsächlich in solchen Fällen von Ellbogenkontraktur indiziert, bei denen die organische Verkürzung des M. biceps brachii die primäre mechanische Ursache einer bedeutenden Einschränkung der Streckung ist. Die Z-förmig verlängerte Sehne wird durch einen Lacertus fibrosus-Faszienlappen unter- und umkleidet. Die Vorzüge des Verfahrens sind folgende: Die Naht der halbierten und demzufolge dünnen, zerreißlichen Bizepssehne wird nachhaltig verstärkt und die Kontinuität der Muskelsehneneinheit auch für den Fall des Auseinandergehens der Sehnennaht gesichert. Wir können demnach mit der funktionellen Therapie früher beginnen und erzielen derart raschere und bessere Resultate. Die Sehnennaht wird mit einem guternährten Gleitgewebe umgeben und so das Zustandekommen von Verwachsungen möglichst vermieden.

Wagner (Leipzig).

197. **„Zur Behandlung von nervengelähmten Gliedmaßenmuskeln nach Schußverletzungen"**; von O. E. Schulz. (Med. Klin. 1918. Nr. 6. S. 140.)

Bemerkungen zu dem gleichlautenden Artikel von E. Moser (Med. Bl. Nr. 33, 1917), die darin gipfeln, daß Moser mit Glück ein lange in der Orthopädie gebräuchliches Verfahren, durch Überkorrektur die sich rasch bildende nutritive Verkürzung der nichtgelähmten und die Überdehnung der gelähmten Muskel zu verhüten, in die Kriegschirurgie übernommen hat. Cordes (Berlin).

198. **Angeborene unvollständige Hüftluxation**; von Th. Naegeli. (D. Zeitschr. f. Chir. Bd. 144. H. 3 u. 4. S. 262. 1918.)

Mitteilung von zwei Fällen aus der Garrèschen Praxis. Diese und die bisherigen anderen Beobachtungen weisen darauf hin, daß es sich bei der angeborenen Subluxation des Hüftgelenks um ein Krankheitsbild handelt, das sich klinisch scharf gegenüber der vollständigen Luxation abgrenzen läßt. Auch die mechanische Belastung scheint nicht aus ihr stets eine typische Luxation zu machen, ja möglicherweise kann sie zu einer Spontanheilung führen. Wieweit die Bänder und Muskeln von ausschlaggebender Bedeutung sind, läßt sich nicht entscheiden. Sicher ist nur, daß die fertige Luxation nicht auf dem Umweg über die unvollständige zu entstehen und daß aus dieser nicht immer eine vollkommene zu werden braucht. Wagner (Leipzig).

199. **Innere Einklemmung im Hüftgelenk**; von M. Wilms. †(Zentralbl. f. Chir. 1918. Nr. 14. S. 229.)

Bei einem 15jähr. Mädchen war plötzlich eine Bewegungshemmung im Hüftgelenk aufgetreten, mit einer Haltung des Beines, wie wir sie bei Koxitis oder auch bei funktionellen Spasmen kennen. In Narkose verschwand diese Bewegungshemmung unter Auftreten eines reibenden Geräusches bei Ausführung der Streckung des Beines, ohne Störungen zu hinterlassen. Das Bild der Erkrankung läßt sich nur so deuten, daß eine Art innerer Einklemmung vorgelegen hat, als deren Ursache mit Wahrscheinlichkeit das Ligamentum teres anzusehen ist, das oft relativ ist und sich zwischen Kopf und Pfanne wohl einklemmen kann. Wagner (Leipzig).

200. **Zur Technik der Patellarnaht**; von Ferd. Schultze. (Zentralbl. f. Chir. 1918. Nr. 18. S. 301.)

Bei der Behandlung der Patellarfraktur hält auch Sch., ebenso wie kürzlich Hörhammer, die Faszienimplantation für unnötig; ebenso kann aber nach ihm auch die Naht der Patella ganz entbehrt werden. Durch die von ihm operierten Kranken hat Sch. den Beweis geliefert, daß 1. die Pathologie der Patellarfraktur in der Retraktion des M. quadriceps gelegen ist und der Fraktur der Patella eine absolut nebensächliche Rolle beizumessen ist; daß 2. die Technik unter dem Einflusse der Hyperextension die Retraktion beseitigt; daß 3. die Rekonstruktion des Seitenstreckapparates vollkommen genügt, um die sicherste ostale Verbindung der Patellarfragmente herzustellen; daß 4. die Drahtnaht der Patella mit Sicherheit gänzlich entbehrt werden kann und unter gegebenen Verhältnissen nur „Fremdkörper" bedeutet. Die von Sch. geübte Technik muß im Originale nachgelesen werden. Wagner (Leipzig).

201. **Zur Chemotherapie der Extremitätensarkome. Steigerung der Wirkung chemischer Mittel durch intravenöse Applikation in der abgeschnürten Extremität;** von G. Perthes. (Zentralbl. f. Chir. 1918 Nr. 17. S. 280.)

Für die Versuche, bösartige Geschwülste mit chemischen Mitteln therapeutisch zu beeinflussen, wäre es zweifellos ein wesentlicher Gewinn, wenn es gelänge, die lokale Einwirkung des Mittels zu steigern, ohne doch die allgemeine Giftigkeit zu erhöhen. Dies geschieht zweifellos durch intravenöse Applikation des Mittels in der abgeschnürten Extremität. In einem Falle von Radiussarkom hat P. in dieser Weise einen Versuch mit Neosalvarsaninjektionen gemacht. Wenn der Fall auch in der Hauptsache negative Ergebnisse zeigte, so beweist er doch die praktische Durchführbarkeit des Verfahrens. Weitere Versuche müssen vorgenommen werden.

Wagner (Leipzig).

202. **Die Flexionsstellung der hohen Unterschenkelstümpfe**; von Ferd. Bähr. (Zentralbl. f. Chir. 1918. Nr. 1. S. 4.)

Sehr häufig wird noch an der alten Übung festgehalten, die am Orte der Wahl amputierten Unterschenkelstümpfe mit Rücksicht auf den späteren Knielauf in Flexionsstellung zu bringen. Es muß ein für allemal damit gebrochen werden, zumal darunter leider sich auch oft relativ lange Stümpfe befinden. Es ist ein dringendes Gebot, die Unterschenkelstümpfe möglichst beweglich zu erhalten und dem Prothesenbauer nicht von vornherein das Konzept zu verderben. Ein beweglicher Stumpf wird uns gegebenenfalls auch nicht daran verhindern, den Amputierten mit Knielauf gehen zu lassen.

Wagner (Leipzig).

203. **Die dorsale Absprengung am Triquetrum und ihre Entstehung**; von W. Fischer. (Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 25. Nr. 3. S. 202. 1918.)

1. Die dorsale Absprengung am Triquetrum ist mäßig selten, etwa so wie Navikularbrüche. Sie kommt häufiger allein, seltener in Gesellschaft mit anderen, insbesondere Radiusbrüchen vor.

2. Sie wird auf unscharfen Bildern leicht übersehen, ist aber auf guten, rein radikulnaren Aufnahmen deutlich zu sehen; die Zugehörigkeit des abgesprengten Stückchens zum Triquetrum ist aus schrägen Hilfsaufnahmen zu ermitteln.

3. Die klinischen Erscheinungen decken sich mit denjenigen einer starken „distor sio manus". Nur die

ausgesprochene Druckempfindlichkeit am Rücken des Dreieckbeins ist charakteristisch. Das Bild liefert den anatomischen Beweis für stattgehabte stärkere Gewalteinwirkung.

4. Die Prognose ist günstig, der Heilverlauf allerdings manchmal langwierig. Die volle funktionelle Wiederherstellung wurde auch bei pseudarthrotischer Heilung beobachtet analog dem Abriß des Proc. styl. ulnae bei Radiusbrüchen.

5. Anatomische Überlegungen legen es nahe, daß die Absprengung durch Abriß des an der Frakturstelle ansetzenden Lig. carp. dors. zustande kommt.

6. Es gelang auch die experimentelle Bestätigung, d. h. der Abriß wurde erzeugt durch gewaltsame Pronation bei gleichzeitiger starker Beugung.

7. Die Absprengung, erzeugt durch indirekte Gewalteinwirkung, ist zu unterscheiden von den durch direktes schweres Trauma bewirkten eigentlichen und selteneren Brüchen dieses Knochens.

Kautz (Hamburg).

204. **Verhinderung des Nervenschmerzes nach Amputationen;** von M. Wilms. (Zentralbl. f. Chir. 1918. Nr. 13. S. 213.)

Für die bei Frischamputierten auftretenden Nervenschmerzen ist die Annahme naheliegend, daß das Wundsekret auf die freiliegenden Nerven einen mehr oder weniger intensiven Reiz ausübt. W.s Vorschlag geht dahin, bei den Amputationen den Stammnerv weniger zu kürzen und dann so weit wie möglich zentral von dieser Stelle eine einmalige breite Quetschung des ganzen Nerven auszuführen. Hierdurch werden die Schmerzempfindungen nach dem Eingriffe tatsächlich ganz gering.

Bei der Literaturdurchsicht fand W. eine Arbeit von Krüger, der eine Neurombildung verhindern will durch eine breite Quetschung des Nerven an seinem Ende. Es ist klar, daß Krüger mit seinem Vorschlage gleichzeitig ungewollt auch das erreicht, die direkten Nachschmerzen nach Amputationen zu verringern.

Wagner (Leipzig).

VII. Augenheilkunde.

205. **Erfahrungen über die Stumpfbildung des Augapfels durch Einpflanzung lebenden Knochens;** von F. Oehlecker. (Zentralbl. f. Chir. 1918. Nr. 16. S. 263.)

Da nach Enukleation oder Exenteration des Auges eingenähte Kugeln von ausgeglühten Rinderknochen als Fremdkörper wirken und da eingepflanztes Fett schrumpft, so hat Oe. zur Bulbusplastik lebenden Knochen verwandt. Beim 1. Falle der jetzt über $3^1/_2$ Jahre zurückliegt, hat Oe. mit sehr gutem und dauernden Erfolge das Mittelfußköpfchen eines anderen Patienten eingepflanzt. Seither hat Oe. zusammen mit Hanßen in ähnlicher Weise etwa 20 Kriegsverletzte behandelt. An homoplastischem Materiale wurden Mittelhand-, Mittelfußköpfchen u. ä. gebraucht. Die meisten Knochenstücke sind gut eingeheilt, und die Beweglichkeit des künstlichen Auges wurde wesentlich, in manchen Fällen ausgezeichnet gebessert. In der letzten Zeit hat Oe. die Bulbusplastik mit autoplastischem Material vorgenommen und hat dazu einen Teil des Wadenbeinköpfchens verwandt. Auf diese Weise wurden bisher 5 Kranke operiert, Die Knochenstücke heilten alle glatt ein und gaben der Prothese guten Halt und vorzügliche Beweglichkeit.

Wagner (Leipzig).

206. **Ein Fall von Proboscis lateralis;** von Anna Tendlau. (Gräfes Arch. f. Ophthalm. Bd. 95. H. 2. S. 135. 1918.)

Nach Anführung der diesbezüglichen Literatur beschreibt T. einen Fall von Proboscis lateralis, einer rüsselförmigen, von der Gegend des inneren Lidwinkels ausgehenden, mit Iris- und Aderhautkolobom und Kolobom des Oberlids kombinierten Mißbildung, über deren formale wie besonders kausale Genese wir bislang nur Hypothesen heranziehen können. Die gewöhnlichen Erklärungen durch Amnionanomalien — sei es durch dessen zu große Enge, sei es durch Abschnürung infolge von Strangbildung — wollen nicht befriedigen. Und so hat wohl von allen Vermutungen die Theorie die größte Wahrscheinlichkeit für sich, die eine Abart einer Spaltbildung auf Grund einer Keimesanomalie annimmt.

Filbry (Würzburg).

207. **Über puerperale Infektion mit Augenmetastase;** von G. Mönch. (Frauenarzt 1918. H. 2.)

Fall von schwerster Infektion bei einer innerlich nicht Untersuchten: vielleicht unsauberer Dammschutz. Am 121. Tage geheilt entlassen. Pyämie. Panophthalmitis des rechten Auges mit Ausgang in Schrumpfung.

Klien (Leipzig).

208. **Über einen zweiten Fall von sympathischer Ophthalmie nach Verletzung des Auges im Kriege;** von Meller. (Wien. med. Woch. 1918. Nr. 31. S. 1369.)

Wie für die Stellungnahme zur Frage der Enukleation Schiecks Mahnwort, die Grenzen des Konservativismus in der Erhaltung verletzter Augen recht eng zu ziehen, von allgemeiner Wichtigkeit ist, so fordert ein die Richtigkeit dieser These aufs neue illustrierender Fall von M. noch besonderes Interesse, bei dem noch 25 Tage nach der Enukleation die sympathische Entzündung auftrat, ohne daß das verletzte Auge irgendwelche Symptome zeigte, die Verdacht auf sympathisierende Entzündung nahelegten. M. hatte sich, gerade weil die schlechte Sehschärfe auf Glaskörperblutung beruhen konnte und sich zu bessern versprach und weil er, zumal keine Eingangspforte eines Splitters zu sehen war, eine bloße Kontusion annahm, zur Erhaltung des Auges entschlossen. Histologisch wurden totale Ablatio retinae und diffuse Infiltration und Knötchenbildung in der Aderhaut gefunden. Die Eintrittspforte lag am Ansatz des Rectus inferior, konnte also, wie nicht selten, nicht sichtbar sein. Auch histologisch ließ sich keine Spur von Wundinfektion nachweisen, was von praktischer Bedeutung ist und nahelegt, daß ein schneller Wundverschluß die Gefahr der sympathischen Ophthalmie noch nicht einmal vermindern.

Filbry (Würzburg).

209. **Räumliche Farbenmischung auf der Netzhaut;** von Wanda v. Lemgicka. (Zeitschr. f. Sinnesphys. Bd. 50. H. 3. 1918.)

Die Untersuchungen haben besonders künstlerisches Interesse im Hinblick auf die Malweise der Neoimpressionisten, welche die Farben nacheinander auftragen und die Mischung dem Sehorgan des Beschauers überlassen. Es zeigte sich, daß die räumliche Verschmelzung der tonfreien Farben in ihren Resultaten der zeitlichen gleich ist. Anders dagegen die räumliche Verschmelzung der bunten Farben: die resultierende Mischfarbe weicht im Sinne einer verstärkten Wirkung der blauen Komponente ab,

außerdem ergaben sich noch Unterschiede der Helligkeit und der Sättigung. Überhaupt scheint die Buntheitskomponente eine gewisse hemmende Wirkung auf die räumliche Verschmelzung auszuüben.

Köllner (Würzburg).

210. **Über Augendruckschwankungen beim Glaukom und ihre Abhängigkeit vom Blutkreislauf;** von Köllner. (Münchn. med. Woch. 1918. Nr. 9. S. 229.)

Beim Glaucoma simplex verläuft die Tageskurve der Druckschwankungen auf beiden Augen fast vollkommen parallel. Es muß daher angenommen werden, daß die Druckschwankungen beim Glaucoma simplex in der Regel nicht auf lokalen Ursachen beruhen, sondern auf allgemeinen, in der Hauptsache wohl auf der Blutzirkulation. Der Augendruck kann sich prozentualiter in weit höherem Umfang, häufig bis zum doppelten Betrage, verändern als der Blutdruck.

K. untersucht die Wirkung der subkonjunktivalen Kochsalzinjektionen und Adrenalininjektionen auf den Augendruck. Er untersuchte die Wirkung des Einatmens von Amylnitrit, des Einnehmens von 30 g Kochsalz per os, des Einnehmens eines Sennainfuses und den Einfluß des Hungers.

Zwischen dem Blutkreislauf und dem Augendruck bestehen die gleichen Beziehungen bei normalen Augen und Augen mit Glaucoma simplex. Der höchste Druck wird vormittags gefunden, nachmittags erfolgt ein Abfall. Therapeutisch muß also auf Vermeidung von Blutdrucksteigerung und Blutüberfüllung der Hirngefäße geachtet werden. Ableitung auf den Darm wirkt günstig, ebenso regelmäßige Nahrungsaufnahme. Überhungerung wirkt schlecht. Innerlich kann Kochsalz wirken, Einatmen von Amylnitrit und ein Aderlaß. Schoeler (Berlin).

211. **Übungstherapeutische Versuche zur Steigerung der Farbentüchtigkeit eines anomalen Tricheomaten;** von R. H. Goldschmidt. (Zeitschr. f. Sinnespsych. Bd. 50. H. 4. S. 192. 1918.)

Die Versuche zur Erziehung des Farbensinnes waren im allgemeinen ergebnislos verlaufen, wie ja auch zu erwarten stand. Nur mit farbigen Brillengläsern schien ein gewisser Erfolg eingetreten zu sein, so daß in dieser Richtung hin weitere Versuche empfohlen werden. Köllner (Würzburg).

212. **Über Adaptation und Adaptationsstörungen mit besonderer Berücksichtigung der Kriegserfahrungen über Hemeralopie;** von W. Lohmann. (Jahresk. f. ärztl. Fortbild. Nov. 1918. S. 19.)

Sehr übersichtliche zusammenfassende Darstellung der bisherigen Kenntnisse des Adaptationsverlaufes mit kritischer Besprechung der verschiedenen Vorschläge zur graphischen Darstellung des Adaptationsverlaufes sowie der Pathologie der Adaptation. Mit Rücksicht auf die zahlreichen in letzter Zeit erschienenen Aufsätze über Kriegshemeralopie kann hier von einer Inhaltswiedergabe der Gesamtbearbeitung dieses Themas abgesehen werden.

Köllner (Würzburg).

213. **Beobachtungen über Skorbut und Hemeralopie;** von R. Hift. (Wien. klin. Woch. 1918. Nr. 34. S. 939.)

Interessante Zusammenhänge ergaben sich aus den in der sibirischen Gefangenschaft im Barackenleben gemachten klinischen Beobachtungen H.s über das epidemisch gehäufte Auftreten von Skorbut und Hemeralopie. Nach eingehender Schilderung der Symptome und der auffallenden Gutartigkeit der beobachteten Form von Skorbut gibt H. eine ganz kurze Übersicht der deutschen Kriegsliteratur bezüglich der Hemeralopie, wie sie sich den Forschern während dieses Krieges darstelle. Sein abschließendes Urteil, daß die meisten Autoren jede alimentäre Ätiologie in Abrede stellen und daß die Ursache, die Koeppe in einer gewissen Linsenundurchsichtigkeit gefunden haben will, nur eine Disposition schaffen könne, hält ihn nicht von der Aufrechterhaltung seiner Ansicht zurück, daß zum mindesten die „russische" Hemeralopie auf alimentärer Basis beruhe, daß das gehäufte Auftreten, die so oft beobachtete Komplikation mit Skorbut, schließlich aber die auffallende, fast ausnahmslose, sehr prompte und meist völlige Heilung auf Leber- oder Lebertrantherapie diese Krankheit unbedingt in Zusammenhang mit Ernährungsstörungen stelle. H. fordert, wenigstens für die etwa mit der „russischen" Hemeralopie in Verbindung stehenden Fälle, zunächst den Versuch mit der Lebertherapie anzustellen, falls nicht anatomische Veränderungen an den Augen vorliegen, und dann erst eine Neueinordnung des Falles in Angriff zu nehmen. Filbry (Würzburg).

214. **Okulare Störungen bei Skorbut;** von N. Blatt. (Wien. klin. Woch. 1918. Nr. 34. S. 942.)

Eingehende Mitteilungen über Augenbefunde an Skorbutkranken gibt Blatt. Außer den viel beobachteten Netzhaut- und Bindehautblutungen treten auch weniger bekannte wichtige Symptome nicht selten auf. Im Verlaufe des Skorbuts eintretende Muskellähmungen sind meist als Zeichen einer Orbitalblutung anzusehen. Hie und da läßt sich eine der Retinitis albuminurica ähnelnde Netzhautentzündung feststellen, bei der die geringe Beteiligung der Papille charakteristisch scheint. Jedoch ist eine reine Neuritis optica kein seltenes Vorkommnis; eine Sehnervenaatrophie dagegen findet sich nur einmal in der Literatur mitgeteilt. Hemeralopin und Gesichtsfeldstörungen in Form konzentrischer Einengung scheinen in gewissem Parallelismus zu dem sehr wechselnden Grade der sekundären Anämie bei Skorbut sehr inkonstant zu sein.

Filbry (Würzburg).

215. **Die Ursache der sogen. gemeinen Nachtblindheit;** von L. Koeppe. (Münchn. med. Woch. 1918. Nr. 15. S. 392.)

Mittels 86 und 108facher Linearvergrößerung an der Nernstspaltlampe gelang es in der histologischen Struktur der lebenden Hornhaut und Linse eigentümliche Veränderungen festzustellen, die als angeborene gleichmäßige Durchsichtsverminderung der Kornea und der Linse bezeichnet werden mußte. Schieck wies darauf hin, daß diese Linsenveränderung bei Hemeralopie ohne weiteren Augenbefund auffallend häufig war. K. konnte diese Beobachtung in 20 Fällen bestätigen. Möglicherweise gelingt damit der objektive Nachweis der so oft geklagten Hemeralopie und ihre Scheidung von der Simulation. Schoeler (Berlin).

216. **Die Lösung des Problems der direkten stereoskopischen Betrachtung des lebenden Augenhintergrunds bei starker mikroskopischer Vergrößerung im fokalen Lichte der Gullstrandschen Nernstspaltlampe;** von L. Koeppe. (Münchn. med. Woch. 1919. Nr. 15. S. 391.)

Durch Aufsetzen eines Kontaktglases, das vom Zeißwerk-Jena geliefert wurde, auf die Hornhaut und Anbringung eines kleinen Silberspiegels, der das Beleuchtungsbüschel bei frontal und von temporal her verlaufendem Nernstlichte wegfängt und mehr oder weniger senkrecht auf das Patientenauge zu abknickt, gelingt es mit dem binokularen Mikroskop, den Augenhintergrund in 65—86facher Linearvergrößerung zu betrachten. Statt des binokularen Mikroskops kann man noch zweckmäßiger ein einziges Objektiv und zwei Abbesche Okulare benutzen, wodurch man das umgekehrte Bild beobachtet. Man kann dadurch eine Kreisfläche des Augenhintergrundes mit der Fovea centralis als Mittelpunkt und ca. 2,5 Papillendurchmessern als Radius mikroskopisch am Lebenden untersuchen.

Schoeler (Berlin).

217. **Über einen Fall von einseitiger angeborener Deuteranomalie (Grünschwäche);** von J. v. Kries. (Zeitschr. f. Sinnesphys. Bd. 50. H. 4. S. 137. 1918.)

Der sehr interessante und für die Pathologie des Farbensinnes wichtige Fall betrifft einen Kollegen. Es konnte auf dem Wege binokularer Gleichungen die Farbenempfindungen, wie sie von dem normalen und dem farbenschwachen Auge ausgelöst wurden, miteinander verglichen werden. Auch in diesem Falle ergab sich, daß die Grünempfindung relativ stärker beeinträchtigt war als die Rotempfindung, ferner wie hilflos der Farbenschwache bei der Beurteilung farbiger Objekte ist, wenn ihm diese auf dunklem Hintergrunde unter kleinem Gesichtswinkel dargeboten werden. Köllner (Würzburg).

218. **Die Mikroskopie des lebenden Augenhintergrundes mit starken Vergrößerungen im fokalen Lichte der Gullstrandschen Nernstspaltlampe;** von L. Koeppe. (Gräfes Arch. f. Ophthalm. Bd. 95. H. 3. S. 282. 1918.)

K. führt als Gründe dafür, daß es bis jetzt mittels des fokalen Lichtes der Gullstrandschen Nernstspaltlampe nur möglich war, das lebende Auge bis zu einer der Grenze zwischen vorderem und mittlerem Glaskörperdrittel entsprechenden Tiefe einer stereoskopischen Betrachtung zugänglich zu machen, folgende Tatsachen an: Der Winkel zwischen Beobachtungsachse und Beleuchtungsbüschel müßte zu spitz werden; die Iris würde eine zu starke Kulissenwirkung ausüben; die Ablenkung durch den Astigmatismus der notwendig zu durchleuchtenden seitlichen Hornhaut- und Linsenpartien würde das Bild zu sehr verzerren; die von den tieferen Schichten des Auges zurückkommenden Strahlen wären zu wenig divergent; und schließlich würde das schon sehr konvergent auf das Auge auffallende Strahlenbündel, durch Hornhaut und Linse noch konvergenter gemacht, von den tieferen Teilen des Auges mit starker Lichtzerstreuung reflektiert. Im wesentlichen durch zwei technische Verbesserungen gelang es K., diese optischen Schwierigkeiten zu überwinden. Zunächst wurde ein Silberspiegel angebracht, der das Beleuchtungsbüschel hinter der Spaltarmlinse wegfängt und nach vorn reflektiert. Dadurch gelang es, das mittlere Drittel des Glaskörpers mit der punktuellen Abbildung des Strahlenbüschels zu treffen. Noch bedeutender ist der Erfolg der zweiten Vorrichtung, die dazu dient, das Bild des Augenhintergrundes virtuell in jenes mittlere Glaskörperdrittel zu verlegen und so der stereoskopischen Betrachtung zuzuführen. Dieses Mittel fand K. in der Vorschaltung eines in bestimmter Weise optisch gestalteten, auf die lebende Kornea aufgesetzten Kontaktglases. Auch dabei sich naturgemäß ergebende Schwierigkeiten ließen sich allmählich fast gänzlich beseitigen. Gegen das Abgleiten des Glases empfiehlt K. einen besonderen kleinen Verband. Zur Beseitigung unter dem Glas sich bildender Luftbläschen wird eine besondere Spritze angegeben. Durch Konvexschleifen der Vorderfläche des Glases wurde der störende Reflex derselben vermieden. Da mindestens eine Hälfte des Objektivpaares die verzerrten Strahlen des durch die Randteile von Linse und Hornhaut gegangenen reflektierten Lichtes erhielt, mußte das alte System des Objektivpaares durch einen gewöhnlichen Mikroskoptubus unter Benutzung der Abbeschen stereoskopischen Okulare ersetzt werden. Da wir nun unter Vermeidung der genannten Schwierigkeiten ein Mittel haben, den lebenden Augenhintergrund bei starken Vergrößerungen im fokalen Lichte zu untersuchen, glaubt K., vielleicht besonders mit Hilfe des Vogtschen rotfreien Lichtes, durch die jetzige Apparatur der Gullstrandschen Nernstspaltlampe ein wichtiges Hilfsmittel für das Studium mikroskopisch-anatomischer Tatsachen am lebenden Auge und besonders für die Frühdiagnostik gewonnen zu haben.

Filbry (Würzburg).

VIII. Militärmedizin.

219. **Über die Schicksale der aktiv behandelten Kriegshysteriker;** von H. Bickel. (D. med. Woch. 1918. Nr. 23. S. 627.)

Unter den bleibend Symptomfreien überwogen die a. v. Heimatleute, woraus zu schließen sei, daß die *Berufstätigkeit am meisten zur Gesundung beiträgt.* Der bleibende Erfolg werde erst dadurch garantiert, daß die Betreffenden für die Zukunft möglichst fern von der Front untergebracht sind und möglichst wenig dem militärischen Zwang unterstehen. Interessenten sollten die Arbeit lesen.

Kadner (Dresden-Loschwitz).

220. **Zur Frage der Kriegspsychosen;** von Kreuser. (Allg. Zeitschr. f. Psych. 1918. H. 1—3. S. 113.)

Nach den Erfahrungen K.s wird bestätigt, daß weder eine ungewöhnliche Häufung krankhafter Störungen der Geistestätigkeit bei den Heeresangehörigen erwiesen ist, noch besondere dem Kriege eigentümlich Krankheitsformen zu beobachten waren. Es waren jedoch in der Verteilung der Erkrankungen Unterschiede gegenüber den Friedenszeiten unverkennbar, und zwar wurde ein bemerkenswertes Anwachsen der schizophrenen, sowie eine wesentliche Vermehrung der psychogenen Formen bei der zum Heeresdienst herangezogenen männlichen Bevölkerung festgestellt. Erkrankungen auf organischer, intoxikatorischer und ererbter Grundlage traten entsprechend zurück. Jolly (Halle).

221. **Über den gegenwärtigen Stand der Kriegsneurosenfrage;** von Lilienstein. (Therap. Monatsh. 1918. Nr. 5. S. 170.)

Die vom einfachen Nervenschock in den Frontlazaretten rasch befreiten Soldaten, deren Symptome durch die Behandlung vollkommen beseitigt worden sind, sollten noch einmal gelegentlich ärztlich nachuntersucht werden. Vielleicht ließe es sich ausfindig

machen, wieviel innerhalb der nächsten Wochen an Rezidiven, sonstigen nervösen Zuständen oder in anderer Weise wieder erkrankt, und wieviele von ihnen anderseits etwa 3 Monate oder länger kriegsverwendungsfähig geblieben sind. Die Erhebungen müßten in größerem Umfange gemacht werden.

Jolly (Halle).

222. **Über Kriegsneurosen;** von S. Löwenstein. (Therap. Monatsh. 1918. Nr. 5. S. 164.)

L. gibt den Schüttlern und Zitterern unter die Haut des kranken Körperteils einmal täglich bis zur Wirkung eine Einspritzung von $^1/_2$ mg Atropin und $^1/_4$ mg Skopolamin, läßt dabei strenge Bettruhe einhalten und gibt außerdem 3 mal täglich Baldrian oder Bromkali mit Kodein, nötigenfalls des Abends 0,5 Veronal. Nach durchschnittlich 3 Tagen sind die Symptome verschwunden; wenn nicht, so wird täglich eine Spritz. Morphin. muriat. 1 cg, Atropin $^1/_2$ mg gegeben, nach 8 Tagen nur Aqua dest. Sprachstörungen werden mit dem faradischen Strom behandelt. Von den 336 Kranken der Nervenstation des Kriegslazaretts wurden 18,75 % als k. v., 15 % als g. v. E., 33 % als g. v. H., 25 % als a. v. H. Beruf, 1,25 % als ungeheilt und 6,5 % in andere Lazarette wegen interkurrierender Erkrankungen oder Verwundungen entlassen.

Jolly (Halle).

223. **Funktionelle Sprachstörungen bei Soldaten;** von M. Behr. (Med. Klin. 1918. Nr. 8. S. 189.)

2 Fälle von Aphonie, die beide nach einem Rückfall Behandlung ablehnten, und zwar um sich weiterem Dienst zu entziehen.

Jolly (Halle).

224. **Die Erfahrungen über Behandlung der Kriegsneurosen, angewendet auf die Unfallneurosen des Friedens;** von A. Richter. (Wien. med. Woch. 1918. Nr. 14. S. 598.)

R. betont die Notwendigkeit des Behandlungszwangs in einem möglichst frühen Zeitpunkt der nervös-traumatischen Erkrankung. Die Behandlung in eigens dazu eingerichteten Anstalten durch fachkundige, sowohl in Neurologie und Psychiatrie ausgebildete als in der Unfallheilkunde erfahrene Ärzte sei das für eine aussichtsreiche Behandlung Wichtigste.

Jolly (Halle).

225. **Die Thalassotherapie des Kriegsverwundeten und -beschädigten;** von J. Glax. (Wien. med. Woch. 1918. Nr. 6. S. 258.)

Nach G. darf die Thalassotherapie der Lungenkrankheiten eine besonders bevorzugte Stellung beanspruchen. Am geeignetsten seien die unter dem Einfluß des Atlantischen Ozeans und des warmen Golfstromes stehenden Nordseeinseln zu einem ganzjährigen Aufenthalt für alle Lungenschwindsüchtigen, bei denen der Indurationsprozeß noch nicht vollendet ist, bei Residuen katarrhalischer Pneumonien, Spitzenkatarrhen leicht fiebernder junger Leute, endlich bei allen katarrhalischen Affektionen der oberen Luftwege und der Bronchien. Die Ostseebäder kommen nur für den Sommer in Betracht. Die Küsten der nördlichen Adria sind für Überwinterung schwer Lungenkranker unbrauchbar, besser für die feuchten Frühjahrs- und Herbstmonate. Im Sommer ist die Luft dort zu trocken. Anders im Süden der Adria. Die Errichtung von Lungenheilstätten in Lissa, Lesina, in der Bocche di Cattaro sei sehr zu empfehlen, für fieberfreie Spitzenkatarrhe auch der Norden der Adria. Für Erkrankungen des Herzens und der Gefäße eigne sich Winteraufenthalt an der Adria und Sommeraufenthalt an der Nord- und Ostsee. Leicht erregbare Neurastheniker, besonders Herzneurastheniker sollen das Gestade der südlichen Meere oder der Ostsee, an Depressionen Leidende die Nordsee aufsuchen.

Kadner (Dresden-Loschwitz).

226. **Über die Kur- und Bäderfürsorge für nervenkranke Krieger mit besonderer Berücksichtigung der sogenannten Kriegsneurotiker;** von K. Alt. (Wien. med. Woch. 1918. Nr. 19. S. 843.)

Schilderung der psychotherapeutischen Behandlung in dem Res.-Laz. Uchtspringe: Reichliche verbale Wachtsuggestion mit Zuhilfenahme der faradischen Hand oder des faradischen Pinsels, anschließend methodische aktive und passive Bewegungen und Freiübungen genau nach militärischem Kommando, dann Arbeitstherapie und tägliches Exerzieren.

Jolly (Halle).

227. **Weitere Mitteilungen über Tiefenantisepsis bei Kriegsverletzungen;** von Klapp. (Münchn. med. Woch. 1918. Nr. 19. S. 497.)

Kl. empfiehlt als verstärkte Prophylaxe bei Kriegsverletzungen 1. primäre Ausschneidung der Wunden nach Friedrich und 2. Tiefeninfiltration der ausgeschnittenen Wunde mit Morgenrothschen Chininderivaten. Das nach Exzision der Wunde zurückbleibende Gewebe ist nicht intakt, sondern infiziert, nur das Gros der Infektion ist beseitigt. Durch die Tiefeninfiltration der angefrischten Wunde mit Vuzin wird diese Infektion bekämpft. Vuzin ist nach Morgenroth das wirksamste Desinfiziens für Streptokokken und Staphylokokken, die Wirkung besteht auch in Eiweißlösungen weiter. Die Wirkungsweise der Vuzininfiltration läßt sich zergliedern in eine 1. physikalische Komponente, d. h. das Vuzin fließt vom Depot nach der Wunde, spült also gleich umgekehrtem Lymphstrom das Gewebe aus, 2. eine bakterizide Komponente, die das Keimwachstum hemmt, und 3. eine biologische Komponente, die die Eitersekretion durch hemmende Wirkung auf die Leukozyten herabsetzt. Vuzin wird angewandt in Lösungen von 1 : 5000. Es folgen kurze Vorschriften für die verstärkte Prophylaxe und Ausschneidungen, die Vuzininfiltration des Gewebes, ferner die Resultate dieser Behandlung. Es wurden reine Weichteilwunden, Weichteilknochenschüsse, Gelenkverletzungen und Gasbrand behandelt. Von ersteren 215 Fällen heilten alle, davon 207 ohne Komplikationen. Von den komplizierten Knochenwunden (95 Fälle) heilten alle, darunter 19 primäre Absetzungen. Von 57 Gelenkschüssen wurden 42 mit mehr oder weniger ausgiebiger Beweglichkeit schon im Feldlazarett geheilt, darunter nur drei Amputationen und 1 Resektion. Eine Schädigung wurde nach Vuzin nie beobachtet.

Thormählen (Hamburg-Eppendorf).

228. **Chemische Antisepsis der Kriegsverwundungen, sowie primäre Wundbehandlung der Gelenkschüsse;** von Urtel. (Münchn. med. Woch. 1918. Nr. 35. S. 963.)

Wasserstoffsuperoxyd wird durch die Enzyme und Fermente des Gewebes zersetzt, so daß seine desinfizierende Wirkung in kurzer Zeit aufhört. Zur Aufhebung dieser katalytischen Wirkung des Gewebes setzt U. dem Wasserstoffsuperoxyd eine saure Jodkaliumlösung zu; die Sauerstoffentwicklung soll dann bis zu 4 Stunden dauern. Mit diesem Gemisch von wasserstoffsaurer Jodkaliumlösung behandelte U. frisch infizierte Knochengelenkschüsse (bis 24 Stun-

den nach der Verletzung), nachdem das Geschoß entfernt und die Wunde nach den üblichen Methoden gesäubert wurde, mit ausgezeichnetem Erfolg.

Thormählen (Hamburg-Eppendorf).

229. **Über Anästhesierungsverfahren im Felde;** von J. Philipowicz. (Wien klin. Woch. 1918. Nr. 31. S. 869.)

Zur Allgemeinnarkose benutzt Ph. ausschließlich Äther in der reinsten Form; das Chloroform lehnt er im Felde absolut ab. Für alle größeren Eingriffe vom Nabel abwärts, also Beckenschüsse und untere Extremität, befürwortet er die Lumbalanästhesie mit Tropokokain. Inbesondere bei Amputationen wegen Sepsis oder Gasbrand wirkt die Lumbalanästhesie gegenüber der Allgemeinnarkose lebensrettend.

Wagner, (Leipzig).

230. **Über offene und Sonnenbehandlung Kriegsverwundeter;** von O. E. Schulz. (Wien. med. Woch. 1918. Nr. 8. S. 338.)

Mit der jetzt auch bei Kriegsverletzten viel angewandten Sonnenbehandlung bei gleichzeitiger Freiluftbehandlung hat S. in einem Lazarett nahe hinter der Front gute Resultate erzielt. Neue Gesichtspunkte bringt die Arbeit nicht; immerhin ist ein erneuter Hinweis auf die außerordentlichen Vorzüge dieser Behandlung wohl angebracht.

Brütt (Hamburg-Eppendorf).

231. **Die Bedeutung und die Vorzüge des Kollargols für die moderne Kriegschirurgie;** von Werler. (Med. Klin. 1918. S. 268.)

Betont die außerordentlich zuverlässige, anderseits sparsame Verwendbarkeit des Kollargols als Heilmittel in der Kriegschirurgie und empfiehlt es besonders als ersten Verband auf dem Schlachtfeld.

Cordes (Berlin).

232. **Der Einfluß des Kriegsdienstes auf den Verlauf und die Komplikationen der Tuberkulose;** von R. Eiselt. (Časopis lékařův českých. 1918. Nr. 2—5.)

Der Krieg als solcher hat keinen Einfluß auf die Verbreitung einer bestimmten Form der Tuberkulose; gewisse Komplikationen teils tuberkulöser, teils anderer Art kommen im Krieg häufiger vor. Von tuberkulösen Lokalisationen sind vor allem die pleuritischen Exsudate anzuführen und eine Ausbreitung der Rachentuberkulose auf Grund häufiger sich wiederholender Katarrhe. Von den übrigen Komplikationen sind vorwiegend jene des Herzens anzuführen, speziell Dilatationen, die mit Ermüdungsherz oder Herzneurose einhergehen. Die ungewöhnliche Ausbreitung der sympathikotonischen Neurosen ist mit der Antointoxikation vom Darm aus in ursächlichem Zusammenhang. Infektionskrankheiten, speziell die Dysenterie, sind nicht bloß ein für Tuberkulose prädisponierendes Moment, sondern üben auch als Komplikation einen großen Einfluß auf den Verlauf der Tuberkulose aus. Eine häufige Komplikation der Kriegstuberkulose ist die Malaria.

Mühlstein (Prag).

233. **Zur Klinik und Ätiologie der Kriegsnephritis;** von J. Salinger. (Allg. med. Zentralzeit. 1918. Nr. 25. S. 97; Nr. 26. S. 101; Nr. 27. S. 105.)

S. beobachtete 241 Fälle von Nephritis, darunter 35 chronische, bzw. chronisch exazerbierende Nephritiden, klinisch 180 Fälle. 10 von den akut Erkrankten hatten schon früher Nierenentzündung gehabt, von den chronischen 2. Die akuten Fälle begannen meist mit hochgradigem allgemeinem Ödem, starker Atemnot, Kopf- und Rückenschmerzen. Ödem fehlte nur bei 19. Die auffällige Ödembereitschaft hänge wohl mit der einseitigen Ernährung und den schädigenden Einflüssen der Außenwelt auf die Haut zusammen. Die Ödeme seien nicht restlos durch Kochsalz- oder Wasserretention zu erklären, sondern seien großenteils extrarenal bedingt (primäre Schädigung der Hautkapillaren). Hier bestehen wohl Beziehungen zu der Ödemkrankheit. Nicht selten wurde bei stärkstem Ödem kein Eiweiß gefunden, obwohl früher Eiweiß ausgeschieden worden war. Bei manchen Kranken konnte erst später echte Nephritis festgestellt werden. Urämische Erscheinungen waren häufig, besonders unter den ersten Fällen, meist als Frühsymptome. — Der Blutdruck stand in gewissem Parallelismus zum Verlauf der Krankheit. Das Absinken erfolgte meist ziemlich rasch. Im Beginn der Krankheit wurde auch ganz plötzliches Ansteigen beobachtet. Deutliche Schwankungen des Blutdruckes wurden mit dem Steigen und Fallen des Ödems, auch mit dem Wechsel der Eiweißmenge beobachtet. Mehrfach wurde, urämischen Anfällen vorangehend, Drucksteigerung gesehen. Hoher Druck sei jedenfalls ein Zeichen, daß der Krankheitsprozeß noch nicht abgeklungen ist. Das charakteristische Abfallen des Druckes zu normalen Werten spreche für einen akuten Prozeß. — Fieber bestand in 60,9 % der akuten Fälle (nicht von anderen Organen ausgehend). — Verbreiterung der Herzdämpfung lag durchweg ein Transsudat zugrunde. — Auf der Lunge fand sich oft ausgebreitete Bronchitis. Mehrmals traten Gelenkschmerzen mit leichten Ergüssen auf, die auf Salizyl wenig reagierten. Milzvergrößerung (Infektionsmilz) war selten nachzuweisen. Niemals wurde Retinitis albuminuria gesehen, aber bei einem von zwei vorübergehend Amaurotischen starkes Ödem der Netzhaut mit kleinen Blutungen. Lumbalpunktion brachte hierfür eine zweifelhafte Besserung. — Der Eiweißgehalt des Harnes bei der Aufnahme betrug meist zwischen 3 und 6 ‰, selten 20 ‰. Viele hatten nur Spuren, manche gar kein Eiweiß. Zylinder wurden oft vermißt, fanden sich bei anderen aber in allen Arten. — Reichliche Diurese setzte meist bald ein und blieb auch ohne Diuretika auffallend lange sehr stark, so daß es oft schwer war, die Entscheidung gegen Schrumpfniere zu fällen. — Der Gesamtverlauf war durchschnittlich nicht so leicht, wie andere Beobachter angeben. Der Wasserversuch nach Vollhard (Belastungsprobe) ließ noch lange mindestens Funktionsbeeinträchtigung erkennen, auch da, wo seit Wochen der Harn eiweißfrei geworden war. Rezidive, die teils ohne nachweisbare Ursache, teils infolge zu früher und zu starker Belastung der Niere eintraten (zu frühe Rückkehr zur Truppe), sind oft wesentlich schwerer als der erste Anfall. Man könne in der Beurteilung der Heilung auch bei schnellem Verlauf nicht vorsichtig genug sein. Auch bei klinisch ganz Geheilten komme zunächst eine beschränkte Dienstfähigkeit in Frage. — Übergang in das chronische Stadium sei ziemlich selten. — Von 206 Beobachteten starben 3. — Bei der Behandlung sei an erster Stelle der Aderlaß zu nennen. Die außerordentlich prompte Wirkung beruhe auf Erleichterung des Kreisumlaufs und auf direkter Wirkung auf die Niere durch Erleichterung des Blutumlaufes in dieser. Die erleichternde Wirkung tritt fast unmittelbar ein, und zwar unter Blutdrucksenkung. Es wurden 300—350—400 ccm (seltener) Blut entnommen. Nie wurde eine Schädigung beobachtet. Von Medikamenten nennt S. Digipurat als wirksam. Von Schwitzprozeduren

konnte ganz Abstand genommen werden. Strenge langdauernde Bettruhe, womöglich Liegen im Freien, wirkte sehr heilsam. Die Ernährung blieb anfangs salzarm. Nur wenige reagierten auf Salzzulage sofort. Lange Verabreichung salzarmer Kost verursachte häufig Magenstörungen. Das Durstgefühl war anfangs stark. — Zur Beurteilung des Krankheitsverlaufs wurde in letzter Zeit regelmäßig der Konzentrations- und Wasserausscheidungsversuch vorgenommen und erwies sich wertvoll, doch soll er bei akuter Nephritis nicht zu früh angestellt werden (geringe Steigerung der Nierensymptome). Infektionen der oberen Luftwege spielten in der Vorgeschichte der Erkrankungen kaum eine Rolle. Dagegen war ein gehäuftes Vorkommen von Paratyphus und Nephritis bei den einzelnen Truppenteilen zu konstatieren. S. nimmt an, daß Paratyphus in der Ätiologie der Kriegsnephritis eine Rolle spielt. Die Nephritis trete im Anschluß oder im Verlauf eines Paratyphus, ähnlich wie bei Scharlach, auf, wie dort als Glomerulonephritis: Bakteriotoxinwirkung. Nach allen infektiösen Darmkatarrhen und paratyphösen Erkrankungen soll der Harn längere Zeit auf Eiweiß untersucht werden, da auch eine vorübergehende Eiweißausscheidung mit Rücksicht auf den oft wesentlich schwereren Verlauf der Rezidive nicht gering zu achten ist. Kadner (Dresden-Loschwitz).

234. **Der Skorbut im Felde;** von Arneth. (D. med. Woch. 1918. Nr. 19. S. 509.)

Die Erkrankungen waren verstreut; eine Häufung wurde nirgends beobachtet, woraus zu schließen sei, daß eine bestimmte, gleichmäßige, ganz allgemeine für alle Truppen in Betracht kommende Ursache nicht in Frage stehen konnte. Mit Vorliebe wurden Leute in *vorgerücktem Lebensalter* (über 30) befallen. *Die größte Bedeutung sei dem Mangel an grüner Pflanzenkost zuzuschieben.* — Zum Skorbut kann die sogenannte Ödemkrankheit hinzutreten, häufiger als umgekehrt. Zwischen beiden Erkrankungen bestehe eine *kausale Gemeinschaft.* Infolge des Chlorophyllmangels der Kost komme es zu mangelhafter Hämoglobinbildung, Anämie, und durch den gleichzeitigen Kalkmangel der Kost zu einer Blut- und Gefäßschädigung und größerer Durchlässigkeit der Gefäße. Dem Ca komme eine abdichtende Rolle auf kolloid-chemischem Wege zu (Rihmann). — Da der Skorbut ganz allein durch Mangel an grüner frischer Pflanzenkost bei sonst vollständiger Ernährung entstehe, müssen bei der *Ödemkrankheit* anderen Faktoren, besonders der *Mangel an frischer animalischer Kost und gleichzeitige Unterernährung und Anämie* eine überwiegende Bedeutung zukommen. — Auslösend für Skorbut wirkte stets ein kürzeres oder längeres Kranksein, meist das periodische Fieber, welches in hohem Grade den Gesamternährungszustand schädigt. Auch die Flohplage stellt ein anämisierendes Moment dar. — Die initialen Petechien treten immer zuerst an den unteren Extremitäten auf, und zwar als follikulär angeordnete Blutaustritte. Weniger konstant sind Veränderungen des Zahnfleisches Initialsymptome. Es folgen weitere symptomatische und umfangreiche therapeutische Ausführungen und als Nachtrag eine polemische Äußerung gegen Much und Baumbach, die (Münchn. med. Woch. 1917. Nr. 26) annehmen, daß der Skorbut eine ansteckende Krankheit sei. Kadner (Dresden-Loschwitz).

235. **Stickgase als Waffen im Kriege**[1]**;** von G. A. Lung. (Milit. Surg. Bd. 37. Nr. 5. S. 411.)

Die Geschichte berichtet wenig über angewandte chemische Hilfsmittel im Kriege, wohl weniger, daß sie nicht vorhanden, als daß sie mehr mit Stillschweigen übergangen wurden.

360 n. Chr. beschreibt Acucas Zusammensetzungen von Pech, Schwefel usw., die zu solchen Zwecken verwandt wurden, auch das sog. griechische Feuer scheint etwas Ähnliches gewesen zu sein.

Andere Vorschläge in späteren Kriegen folgen.

Die Verflüssigung der Gase schafften neue Möglichkeiten.

Eine große Anzahl Gase sind nicht atembar.

Die in Flandern im jetzigen Kriege gebrauchten Gase waren in ihrer Zusammensetzung zunächst unbekannt.

Die von den Deutschen gebrauchten Hilfsmittel waren Gasbomben, mit Gas gefüllte Zylinder, Granaten, enthaltend Stickgase.

L. gibt als Substanzen flüssiges Schwefeldioxyd, Kohlensäure, Chlor usw. an und beschreibt genau die Methode der Anwendung und schließt die Berichte der französischen und englischen medizinischen und anderer Autoritäten über die Folgen der Mittel an. Die Schädigungen auch der Überlebenden waren schwerer Natur. Unter den Abwehrmitteln werden große Tücher, Propeller zur Umwendung der Gasrichtung usw. genannt.

Als beste Abwehr indes wurde die Gesichtsmaske mit bestimmten chemischen Agentien zur Unschädlichmachung der Gase erkannt. Am besten erwies sich das Natriumhypophosphit zu diesem Zwecke, auch einfacher Soda tut gute Dienste.

Die Arbeit schließt mit einem Rückblick auf die zu verschiedenen Zeiten so verschiedene Ansicht der Völker betreffend die Definition der Grausamkeit eines Krieges; so z. B. sah das Mittelalter die Feuerwaffen als das Grausamste an, und schließt mit den Worten des amerikanischen Protests gegen die Anwendung der Stickgase im gegenwärtigen Kriege. Cordes (Berlin).

[1]) Mußte, da von der Zensur 1916 verboten, bis jetzt zurückgestellt werden.

IX. Hygiene.

236. **Zur Obstdesinfektion;** von H. Salomon und A. Sassower. (Wien. med. Woch. 1917. S. 1843.)

Borsäure und Alkohol töten selbst bei langer Einwirkung nicht zuverlässig auf Obst befindliche pathogene Bakterien ab. Dagegen wirkt sicher 5 Minuten langes Einlegen des Obstes in die käufliche Formalinlösung und $^1/_2$—1 Stunde langes Auswässern in strömendem Wasser. Koenigsfeld (Freiburg).

237. **Fawestol, ein wasserlösliches 100proz. Kresolpräparat;** von F. Ditthorn. (D. med. Woch. 1917. S. 1260.)

Von der Chemischen Fabrik Westend, Berlin-Weißensee, wird unter dem Namen Fawestol ein Kresolpräparat in den Handel gebracht, das als ein vollwertiger Ersatz der Kresolseifenlösung angesprochen werden kann. Eine 2proz. Lösung dürfte allen Anforderungen der Praxis genügen. Der Preis des Präparates beträgt für 100 k 275 Mark. Koenigsfeld (Freiburg).

238. **Ersatzverfahren für die Formalin-Raumdesinfektion (Naphthalin, Karbolsäure);** von F. Ickert. (D. med. Woch. 1917. S. 1772.)

Die augenblickliche Knappheit von Formalin ließ nach einem Verfahren suchen, das die Formalin-Raumdesinfektion ersetzen könnte. Das von A. Baumgarten empfohlene Naphthalin eignet sich nicht zur Raumdesinfektion, da es anscheinend nur bei hohen Temperaturen und in großen Mengen wirksam ist. Dagegen erreicht man durch getrennte Verdampfung von flüssiger Karbolsäure und von Wasser bei gewöhnlicher Temperatur unter Benutzung der alten Flüggeschen Apparatur eine hinreichende Abtötung aller praktisch wichtigen Keime, so daß das Karbolsäuredampfverfahren — wenigstens während des Krieges — vollkommen an Stelle der Formalinmethode treten kann. Das Verfahren eignet sich auch zur Entlausung für kleinere Betriebe, wo Flüggesche Apparate vorhanden sind und wo die zu entlausenden Gegenstände 24 Stunden lang entbehrt werden können. Koenigsfeld (Freiburg).

239. **Die Desinfektionswirkung der Chininderivate gegenüber Diphtheriebazillen;** von H. Braun und H. Schaeffer. (Berl. klin. Woch. 1917. S. 885.)

Die lokale Desinfektion des Diphtherieherdes stellt eine der wichtigsten Bekämpfungsmaßnahmen gegen die Verbreitung der Diphtherie dar. Die Wirksamkeit der bisher für die Desinfektion empfohlenen Mittel läßt aber vielfach zu wünschen übrig. Daher wurden von Br. u. Sch. Versuche über die Desinfektionswirkung von Morgenrothschen Chininderivaten gegenüber Diphtheriebazillen vorgenommen. Die Versuche im Reagenzglas haben ergeben, daß den Hydrokupreinabstämmlingen eine beachtenswerte antiseptische und Desinfektionswirkung gegenüber Diphtheriebazillen zukommt. Ein Versuch mit diesen Präparaten, besonders dem ganz unschädlichen doppeltsalzsauren Eucupin, bei der Behandlung der Diphtheriekranken und Dauerausscheider wird daher empfohlen.

Koenigsfeld (Freiburg).

240. **Ameisensäure als Konservierungsmittel;** von H. Strauß. (Zeitschr. f. phys. u. diät. Ther. 1917. H. 12. S. 353.)

Nachdem man erkannt hatte, daß kleine Mengen Ameisensäure auf die Dauer für den Menschen ungefährlich sind, benutzte S. das ameisensaure Natrium als Ersatz des Kochsalzes bei der Behandlung der Nephritis. Es wurden viele Wochen, selbst Monate hindurch, täglich 2—4 g des Salzes gereicht, ohne daß irgendwelche Schädigungen auftraten. Hinsichtlich der Benutzung kleiner Dosen (freier) Ameisensäure zu Konservierungszwecken in der Nahrungsmittelindustrie liegt also zu Besorgnissen keine Veranlassung vor. Bachem (Bonn).

241. **Über die Herstellung von Vakzinen (Impfstoffen), Diagnostizis und agglutinierenden Seris mit Hilfe der keimtötenden Fernwirkung der Metallsalze;** von P. Saxel. (Med. Klin. 1917. S. 1209.)

Die keimtötende Wirkung der Metallsalze läßt sich durch Zusammenbringen mit Glas auf dieses übertragen. In so aktivierte Glasgefäße werden Bakterienaufschwemmungen gebracht, die so in sehr einfacher und schonender Weise abgetötet werden. Auf diese Art hergestellter Typhusimpfstoff verursacht keine nennenswerten lokale oder allgemeine Reizerscheinungen. Koenigsfeld (Freiburg).

X. Strahlenkunde.

242. **Untersuchungen über die biologischen Wirkungen der Röntgenstrahlen im Trypanosomenexperiment;** von Halberstädter und Goldstücker. (Strahlentherap. (Bd. 8. S. 35.)

Die Trypanosomen werden durch Röntgenstrahlen in vitro beeinflußt, und zwar verlieren sie bei genügend hohen Dosen die Fähigkeit zu infizieren. Wirkung kann durch Zusatz von Elektrokuprol und Elektromartiol in geeigneter Dosierung verstärkt werden. Durch Aluminiumfilter wird die Strahlenwirkung abgeschwächt, ist also wahrscheinlich dem weichen Strahlenanteil zuzuschreiben. Bei zur Abtötung ungenügender Strahlendosis kommt es zu einer Verlängerung der Inkubationszeit und einem verzögerten Ablauf der Infektion, gelegentlich auch zu einem vorübergehenden Verschwinden der Trypanosomen aus dem Blut des Versuchstieres mit nachfolgendem Rezidiv, mitunter nach gewisser Latenz. Bestrahlte Tiere sind biologisch verändert: geringere Virulenz einmal bestrahlter Stämme, größere Arsenempfindlichkeit und erhöhte Radiosensibilität.

Kautz (Hamburg).

243. **Über die Behandlung der Leukämie mit Tiefenbestrahlung;** von E. Rosental. (Berl. klin. Woch. 1918. Nr. 39. S. 937.)

Unter Anwendung großer Mengen sehr harter Strahlung unter Benutzung der Lilienfeldröhre wurden günstige Erfolge bei der Behandlung der Leukämie erzielt auch in Fällen, in denen andere Heilfaktoren versagten. Cordes (Berlin).

244. **Röntgentherapie der tuberkulösen Halslymphome;** von A. Schönfeld und V. Benischke. (Med. Klin. 1917. Nr. 40. S. 1062.)

Die Wirkung der Röntgentherapie ist eine sichere und vortreffliche, wenn die Tiefentherapie in Anwendung gebracht wird. Die Heilung geht langsam und sicher und erzielt auch kosmetisch ein günstiges Resultat. Die Behandlung ist außerdem schmerzlos.

Cordes (Berlin).

245. **Zum röntgenologischen Nachweis des Ulcus pepticum jejuni;** von J. Zollschan. (D. med. Woch. 1918. Nr. 17. S. 177.)

Bei 3 Fällen, bei denen früher wegen Ulcus ventriculi oder Duodeni eine Gastro-Entero-Anastomose angelegt war, fanden sich aufs neue typische Ulcusbeschwerden, Hyperazidität und okkulte Blutungen. Alle Fälle wiesen röntgenologisch außerhalb der Magenkonturen unmittelbar hinter der Anastomose Restpartikel der Kontrastmasse noch nach 5—6 Stunden als ein Fleck auf, der sich als dem abführenden Jejunumschenkel angehörig erwies und in zirkumskripter Form druckempfindlich war. Außerdem bestanden in allen Fällen Verwachsungen rings um die erkrankte Jejunumschlinge. Die pathologische Beschaffenheit des erkrankten Jejunumschnittes stellte sich röntgenologisch dar in Veränderungen der Peristaltik, Fehlen der Kerkringschen Falten und ampullenartiger Erweiterung. Kautz (Hamburg).

246. **Hautveränderungen bei Strahlentherapie und Karzinom;** von E. Weishaupt. (Arch. f. Gyn. Bd. 109. H. 1/2. 1918.)

Verf. berichtet über 10 Fälle von Hautveränderungen, die teils im Verlaufe der Strahlenbehandlung entstanden waren, teils dem therapeutischen Einfluß der Aktinotherapie unterworfen wurden. In 4 Fällen kam es zur Bildung von Hautknötchen bei Karzinom, in denen sowohl gutartige und bösartige wie suspekte Prozesse zu unterscheiden waren. Soweit diese Knötchen sich intensiver Strahlenbehandlung gegenüber refraktär verhalten, empfiehlt sich deren operative Entfernung, wenn auch mitunter eine günstige Einwirkung der Bestrahlung beobachtet wird. Bei den übrigen 6 untersuchten Hautulzerationen, wurden stets frische gesunde Ulzerationen vermißt. Beobachtet wurde tiefergreifende diffuse Nekrose, Quellung des Gewebes, Hämorrhagien, Zerstörung der Gefäßwände, in einem Fall ein zirkumskripter nekrotischer Gewebspfropf. Bei den stärksten Verbrennungen waren im Bereich des Geschwürs auch die Nerven nekrotisch, während sonst im allgemeinen die Nervenbündel gut erhalten waren. Die auffallende Schmerzhaftigkeit der Röntgengeschwüre wird auf den durch die Aufquellung des Gewebes verursachten Druck, auf die Infiltration in nächster Umgebung der Nerven und die bisweilen beobachtete Zerstörung einzelner Nervensegmente zurückgeführt. Eine spezifische Wirkung der Röntgenstrahlen auf die Gefäße, die im Verhältnis zur Schwere der übrigen Gewebsschädigungen betroffen waren, zeigte sich nicht. Auch eine stärkere Empfindlichkeit der Myom- und Metrorrhagiekranken gegenüber den Karzinompatienten ließ sich nicht folgern. Im allgemeinen ist die offene Wundbehandlung der primären Naht vorzuziehen.

Kautz (Hamburg).

247. **Experimentelle und histologische Untersuchungen zur Frage der chemischen Imitation der Strahlenwirkung durch Enzytol;** von J. Dorn. (Strahlentherap. Bd. 8. 1918.)

Durch subkutane Injektionen höherprozentiger Enzytollösungen gelingt es, entsprechend einer intensiveren Röntgenbestrahlung, eine Atrophie der Hodenkanälchen und des Hodens mit Zerstörung der Hodenepithelien und kompensatorischer Wucherung der Sertolischen Zellen und Hodenzwischenzellen zu erzielen. Ebenso gelingt es durch Enzytolinjektionen, entsprechend einer intensiveren Röntgenbestrahlung, eine Atrophie des Follikelapparates des Ovariums und der Corpora lutea zu erzielen. Nach Injektion höherprozentiger Enzytollösungen treten sowohl an den Leukozyten selbst als auch an ihrer Zahl Veränderungen auf, die eine Zwischenstufe bilden zwischen der Wirkung der Röntgenbestrahlung des Blutes allein und der des ganzen Körpers. An den übrigen Organen treten keine anderen Schädigungen ein, als sie auch nach intensiverer Röntgenbestrahlung beschrieben sind. Es sind demnach die spezifischen Wirkungen der Röntgenstrahlen auch durch Enzytolinjektionen zu erzielen und man ist daher berechtigt, von einer chemischen Imitation der Strahlenwirkung durch Enzytol zu sprechen.

Kautz (Hamburg).

248. **Über die Einwirkung der Röntgenstrahlen auf das Adrenalin;** von M. Lüdin. (Strahlentherap. Bd. 8. S. 440. 1918.)

Im Gegensatz zu der früheren Beobachtung von Richter und Gerhartz, wonach die Röntgenstrahlen die Wirkung des Adrenalins abschwächen bzw. aufheben sollen, ist durch Untersuchungen am überlebenden Darm nach der Methode von Magnus festgestellt worden, daß durch die Röntgenbestrahlung das Adrenalin in seiner Wirksamkeit nicht verändert wird. Kautz (Hamburg).

249. **Sind „harte" Röntgenstrahlen biologisch wirksamer als „weiche"?** von A. Brauer. (Strahlentherap. Bd. 8. S. 584. 1918.)

„Harte" Röntgenstrahlen sind nicht biologisch wirksamer als „weiche". „Harte" Röntgenstrahlen sind therapeutisch wirksamer als „weiche", weil sie aus physikalischen Gründen elektiver wirken. Eine prinzipielle Scheidung der Strahlentherapie in eine Oberflächen- und Tiefentherapie ist daher unberechtigt, falls damit zum Ausdruck gebracht werden soll, daß für Hautaffektionen „mittelweiche", für innere Organe „harte" Strahlen am wirksamsten seien. Aus ökonomischen Gründen und vor allem zum Schutz innerer Organe darf bei der Behandlung größerer Teile der Körperoberfläche nur ein dünnes ($^1/_2$ mm Aluminium-) Filter gebraucht werden.

Kautz (Hamburg).

250. **Die sekundären Strahlungen der Röntgenstrahlen und der γ-Strahlen der radioaktiven Substanzen;** von F. Volz. (Strahlentherap. Bd. 8. H. 2. 1918.)

Röntgenstrahlen entstehen durch die Bremsung der Kathodenstrahlen und ist ihre Wellenlänge von Kathodenstrahlengeschwindigkeit und Bremszeit abhängig. Röntgenstrahlen sind Lichtstrahlen, deren Wellenlängen ungefähr der Größenordnung 10—9 cm angehören. Das Spektrum der Röntgenstrahlen besteht aus zwei übereinandergelagerten Teilen, dem kontinuierlichen Bremsstrahlenspektrum und dem diesem überlagerten Eigenspektrum der Antikathode, welches eine Linienspektrum ist. Treffen Röntgenstrahlen auf ein Medium auf, so erleiden sie zunächst eine Zerstreuung; die zerstreute Strahlung ist von der Natur der Primärstrahlung abhängig. Genügt die primäre Röntgenstrahlung bestimmten Bedingungen, so hat ihre Absorption in dem Medium das Auftreten von Fluoreszenzröntgenstrahlung zur Folge. Ihr Auftreten steigert zugleich die Absorptionsfähigkeit des betreffenden Mediums und führt zur selektiven Absorption. Die selektive Absorption der Elemente und damit wieder der chemischen Verbindungen bildet für Röntgenstrahlungmessungen Fehlerquellen und für die therapeutische Anwendung der Röntgenstrahlen Gefahrenquellen. Die Absorption primärer Röntgenstrahlen in Medien hat die Bildung sekundärer β-Strahlung, einer Elektronenstrahlung zur Folge. Die Geschwindigkeit dieser Teilchen ist von der Wellenlänge der absorbierten Strahlung abhängig, ihre Menge, also ihre Intensität, ist bedingt durch die absorbierte Energie. In der sekundären β-Strahlung haben wir die primäre Ursache aller besonderen Wirkungen der Röntgenstrahlen zu suchen.

Kautz (Hambug).

251. **Über Absorption und Streuung der Röntgenstrahlen;** von R. Glocker. (Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 25. H. 6. August 1918.)

Im ersten Teil seiner Untersuchungen bespricht G. die Unterscheidung zwischen „Schwächungskoeffizient" und „Absorptionskoeffizient", erläutert den Einfluß der Streustrahlung bei Absorptionsmessungen und gibt Formeln an zur Berechnung der Absorption beliebiger chemischer Stoffe gegenüber von Röntgenstrahlen beliebiger Härte (Absorptionsgesetze). Unter Berücksichtigung der jeweiligen Filterwirkung auf Grund neuaufzustellender Begriffe wie „äquivalente Filterdicke" und „günstigstes Tiefentherapiefilter" gibt G. die Richtlinien für die Filterwahl auf Grund der Absorptionsgesetze an. In einem weiteren Teil, der die Streuung behandelt, werden Formeln zur Berechnung des „Streufehlers" bei Absorptionsmessungen aufgestellt. Auch wird die

Eigenstrahlung des Filters rechnerisch bestimmt. Nach Ermittlung der Streuzusatzdosis in der Tiefentherapie erklärt G., warum die biologische Wirkung einer Strahlung mit wachsender Härte zunimmt. Auch kommt er auf Grund seiner Untersuchungen zu dem Resultat, daß die Christensche Halbwertregel infolge der Streuung keine Änderung erfährt.
Kautz (Hamburg).

252. **Experimentelles zur Bleifilterstrahlung**; von H. Eymer. (Strahlentherap. Bd. 8. 1918.)

E. weist experimentell nach, daß die biologische Wirksamkeit der Emissionen radioaktiver Substanzen, die durch Blei gefiltert sind, größer ist als solcher, die ohne Filter angewendet werden. Die Wirkung steigert sich noch durch Zunahme der Filterdicke (innerhalb gewisser Grenzen), was wahrscheinlich auf die Einwirkung von sekundären Strahlen zurückzuführen ist. Bei geringerer Filterdicke oder ohne Filter muß, um dieselbe Wirkung zu erzielen, die Bestrahlungsdauer stark verlängert werden. Gewisse Zellarten (Keimepithel, äußere Granulosazellschicht, Thekazellen, Corpus luteum und Stromazellen) lassen sich nur sehr schwer mit ungefilterter Strahlung beeinflussen. Durch Abstufung der Filterdicke wird eine Sensibilitätsskala ermöglicht, von denen E. eine für das Meerschweinchenovarium anführt.
Kautz (Hamburg).

253. **Erweiterte Verwendbarkeit von Trockenröhren durch eine Kühlvorrichtung mit Preßluft und Wasserverdunstung**; von S. Stephan. (Strahlentherap. Bd. 8. S. 430. 1918.)

Durch eine leicht anzuschließende, mit Preßluft und Wasserverdunstung betriebene Zusatzkühlung und einen Ringkühler für die aktive Kugelhälfte gelingt es, Trockenröhren mit Rippenkühler für die Intensivtherapie brauchbar zu machen. Endzweck des Verfahrens ist, dem röntgenologisch arbeitenden Praktiker ein einheitliches Röhrenmodell für die verschiedenen Betriebszweige — Diagnostik, Oberflächenbestrahlung, Tiefentherapie — an die Hand zu geben, je nachdem er sie ohne oder mit Zusatzkühlung verwendet. Dadurch wird einmal die Anschaffung spezialisierter Röhrentypen für den jeweiligen Zweck erspart und dann wird — besonders wenn nur geringe technische Durchbildung vorhanden ist — bei der Arbeit mit nur einer Röhrenart die Handhabung des gesamten Röntgenbetriebes erleichtert.
Kautz (Hamburg).

254. **Die Messung der Primärstrahlung der Coolidge-, Lilienfeld- und selbsthärtenden Siederöhre**; von v. Dechend, Iten und Wintz. (Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 25. S. 330. 1918.)

Zum Vergleich verschiedener Röhrentypen muß die Messung der reinen Primärstrahlung herangezogen werden. Kurven haben für eine Veröffentlichung nur einen Zweck in Verbindung mit den zugrunde liegenden Zahlenwerten. Die Absorptionsmessung in Aluminium ergibt, daß die Reihenfolge der Röhren hinsichtlich der Lage des Homogenitätspunktes die folgende ist: Lilienfeld-, selbsthärtende Siede- und Coolidgeröhre. Das Strahlengemisch von Lilienfeld- und selbsthärtender Siederöhre ist sich weitgehend ähnlich, das des Coolidgerohres ist dagegen wesentlich inhomogener. Die mit den drei Röhren höchst erreichbaren Härtegrade sind wesentlich gleich und damit auch die prozentualen Tiefendosen.
Kautz (Hamburg).

255. **Über Präzisionsdurchleuchtungen**; von J. Rosenthal. (D. med. Woch. 1918. Nr. 7. S. 184.)

Die von der Polyphosgesellschaft hergestellte neue Präzisionsdurchleuchtungsröhre besitzt eine Antikathode aus reinem Iridium mit Wasserkühlung, die auch für langdauernde Durchleuchtungen verwendet werden kann. Diese Röhre gestattet bei der Erfüllung der übrigen für die Schärfe des Durchleuchtungsbildes erforderlichen Bedingungen eine wesentliche Verbesserung der Präzisionsdurchleuchtungen. Als wichtige Anwendungsgebiete werden angeführt der Nachweis und Lokalisation von Fremdkörpern, Lungenuntersuchungen und die Beobachtung von in Bewegung befindlichen Organen. Kautz (Hamburg).

256. **Entlüftung der Röntgenabteilung**; von K. Bley. (D. med. Woch. 1918. Nr. 15. S. 407.)

B. beschreibt die im Hinblick auf Ent- und Durchlüftung besonders geeigneten Röntgenräume der Frauenklinik der Krankenanstalt zu Bremen. Zunächst ist der Raum für Arbeitsplätze und Aufenthalt des Personals vollkommen vom Bestrahlungsraum getrennt worden. Sodann ist der Schrank der Röntgenmaschine und der Bestrahlungsraum durch eine mittels Exhaustors betriebene Entlüftung dauernd gut ventiliert. In den Bestrahlungspausen werden alle zum Röntgenbetrieb benutzten Apparate gründlich entlüftet. Die durch die Strahlenabsorption bedingten Störungen des Allgemeinbefindens verlaufen nach Einführung der oben beschriebenen Einrichtungen wesentlich milder.
Kautz (Hamburg).

XI. Soziale Medizin und Unfallheilkunde.

257. **Die Gefahren der gewerblichen Arbeit unter künstlich erhöhtem Luftdruck und die Maßnahmen zur Verhütung dieser Gefahren**; von H. Müller. (Monatsschr. f. Unfallheilk. u. Invalidenw. 1918. Nr. 1. S. 4.)

Die Drucklufterkrankungen sind ätiologisch und pathologisch-anatomisch vollständig klargestellt. Eine Vermeidung derselben ist vollkommen möglich: das sicherste Mittel gegen die Drucklufterkrankungen ist die Rekompression, neben der Sauerstoffeinatmung dringend zu empfehlen. Bei schweren zerebralen und spinalen Erscheinungen, bei denen eine Rekompression nicht möglich oder erfolglos ist, wird der Vorschlag einer Lumbalpunktion gemacht; bei einem Überdruck von 1,5 Atm. an wird ständige ärztliche Überwachung gefordert. Die Dekompression erscheint hierbei nach der modifizierten Haldaneschen Methode am zweckmäßigsten. Für Betriebe mit Drucksteigerungen bis 1,5 Atm. Überdruck werden zur Gewährleistung eines gleichmäßigen, langsamen Druckabfalles selbstregulierende Hähne in der Schleuse für notwendig erachtet. Die Arbeitszeit ist nach der Höhe des Überdruckes zu regeln. Bei undurchlässigem Boden ist die Arbeitszeit entsprechend zu kürzen. Da die bestehenden Vorschriften ungenügend sind, empfiehlt Verf. dringend die Einbringung eines Gesetzentwurfes für Arbeiten unter künstlich erhöhtem Luftdruck.
Bachem (Bonn).

258. **Wie soll die Tuberkulose in unserem Staate bekämpft werden?** von Weichselbaum. (Wien. klin. Woch. 1918. Nr. 2.)

Zur Bekämpfung der Tuberkulose in Österreich ist es notwendig, die Ernährungsverhältnisse der Bevölkerung sofort gründlich zu verbessern, bald ein modernes Sozialversicherungsgesetz zu erlassen, und Geldmittel für Tuberkuloseanstalten und -Einrichtungen zur Verfügung zu stellen. Ebenso sind private Vereine und Organisationen zur Tuberkulosebekämpfung zu unterstützen, Gesetze und Verordnungen bezüglich Bodenreform, Wohnungsverbesserung und Wohnungsaufsicht zu erlassen und gemeinnützige Baugesellschaften finanziell zu stützen.

Fränkel (Heidelberg).

259. **Neugestaltungen im Bereich der sozialen Unfallversicherung;** von J. Eckert. (Monatsschr. f. Unfallheilk. u. Invalidenw. 1918. Nr. 7.)

E. betont bezüglich der Unfallversicherung, daß rechtzeitige Fürsorgemaßnahmen auf dem Gebiet des Heilverfahrens vielfach fehlen. So müssen die landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften etwa 1³/₄mal und die gewerblichen 1¹/₄mal so lange Renten zahlen, als die Knappschafts-Berufsgenossenschaften, bei welchen *frühzeitige Untersuchung* und *rechtzeitige Behandlung* der Unfallverletzten das Hauptprinzip ist. So kommt es wohl auch, daß die landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften bezüglich der Heilung weit zurückstehen. Neben der Beseitigung dieser Schäden durch Beseitigung der Leistungsbeschränkungen in den ersten dreizehn Wochen nach dem Unfall sieht E. in der Arbeitstherapie und in der besseren Ausbildung der Ärzte für die Aufgaben der sozialen Versicherung ein weiteres wirksames Hilfsmittel. Man kann den wichtigen Ausführungen nur zustimmen, zumal die Ausbildung der Ärzte in der Versicherungsmedizin in den letzten Jahren eher schlechter als besser geworden ist. Rumpf.

260. **Zum Entschädigungsverfahren bei Unfallneurosen;** von P. Horn. (Med. Klin. 1918. Nr. 6. S. 129.)

H. betont in dieser Arbeit, wie gerade die Rentenfrage und ihre richtige Lösung seitens des Arztes für das Gesamtverhalten des Patienten und weitere Gestaltung der Krankheitssymptome meist von ausschlaggebender Bedeutung ist. — Anfangsrenten von 10% und 15% hält er nicht für empfehlenswert, da die geringfügigen Beschwerden solcher Patienten durch Wiederaufnahme der Arbeit bald überwunden werden. Ebenso warnt er vor allzu hohen Renten; bei stärker ausgeprägten Symptomen, wo eine Erwerbsbeschränkung besteht, empfiehlt er eine Teilrente von 30—60%. Nach ausreichender Gewöhnungsfrist soll die Rente von Jahr zu Jahr möglichst gekürzt werden. Zahlreiche verschleppte Unfallneurosen würden durch den erstbegutachtenden Arzt oft von vornherein in falsche Bahnen gelenkt durch zu hohe Bewertung und Einschätzung praktisch belangloser Symptome, die die Erwerbsfähigkeit kaum meßbar behindern. Eingehend bespricht der Verfasser die Vorzüge der einmaligen Kapitalabfindung nicht nur bei der Haftpflicht, sondern auch bei der Unfallversicherung. Die günstigsten Heilungsergebnisse bei Kapitalabfindung haben sich bei jenen Fällen gezeigt, die innerhalb des ersten Jahres abgefunden wurden. Auszuschließen seien jedoch von einer Kapitalabfindung alle Unfallneurosen, bei denen Komplikationen mit ernsteren Schädigungen organischer Natur (Herz-, Lungenleiden, Schädelbasisbrüche usw.), da später noch ernstere Verschlimmerungen eintreten könnten. Eine Erhöhung der Abfindungsrente von 20% auf 40% in Zukunft erscheint H. unbedenklich.

Müller-Heß (Beichlingen).

261. **Schule und Elternhaus im Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten;** von R. Brückmann. (Heft 9 der Flugschriften der D. Ges. z. Bek. d. Geschlecktskrankh. Leipzig. J. A. Barth.)

Der Geschlechtstrieb ist etwas Natürliches, an sich nichts Böses; es gibt Naturen, denen die völlige Enthaltsamkeit unmöglich ist, besonders bei Frauen (!) führt sie zu großen Störungen mitunter. Es steht fest, daß Enthaltsamkeit bis zum 30. Jahre ohne allen Schaden ertragen werden kann, daß der Geschlechtsverkehr vor dem 20. Jahre dem gesunden und vollen Auswachsen hindernd im Wege steht. — Die Hauptarbeit der sexuellen Jugendaufklärung hat die Schule zu leisten; im Unterricht (Naturkunde), also in wissenschaftlicher Form, kann man den Kindern alles sagen, was in ihrem Interessenkreise liegt. Die andere Frage: „Wie bewahre ich mein Kind vor einem vorzeitigen und unwürdigen Geschlechtsleben?" ist rein persönlich und daher sind zunächst hier die Eltern zuständig. Beim Mädchen macht's die Mutter, beim Jungen der Vater. Die Schule schreitet nur ein bei geschlechtlichen Unarten oder Ausschweifungen. Für verständnislose Eltern Elternabende, Mütterabende! Mehr Kindergärten, Hausbesuche der Lehrer und Seelsorger, mehr Schulärzte. Wichtig ist die Beaufsichtigung der kindlichen Lektüre. Aus dem religiösen Born fließt die reinste Sittlichkeit. Der Umgang der beiden Geschlechter ist von früh an zu begünstigen; durch das tägliche Sehen und Umgehen miteinander wird die erotische Spannung um ein beträchtliches Stück ausgeglichen. Es folgen in Anlehnung an das Scholtzsche Lehrbuch durchaus unpersönlich gefärbte Schilderungen von Tripper, Ulcus molle und Syphilis in üblicher Weise, die in den Satz ausklingen: „Und auch den von der Lues Befallenen ist ein sicherer Weg zur Heilung gewiesen, selbst bei eingewurzelter mehrjähriger Krankheit durch die beiden Wohltäter der Menschheit: *v. Wassermann* und *Ehrlich!*"

Riecke (Göttingen).

262. **Über Fürsorgebestrebungen für geschlechtskranke Jugendliche;** von E. Finger. (Wien. med. Woch. 1918. Nr. 10. S. 414.)

Das Polizeisystem der Reglementierung der Prostitution fußt auf Grundlagen, die den heutigen Verhältnissen nicht mehr entsprechen, es arbeitet mit den veralteten Begriffen der öffentlichen oder kontrollierten und der geheimen, also nicht kontrollierten Prostitution und setzt für beide Gewerbsmäßigkeit voraus. Das trifft aber für die letztere nicht zu, deren hauptsächlichstes Betriebslokal (der Autor hat als Wiener Wiener Verhältnisse im Auge. D. R.) das Stundenhotel bildet. Die aufgegriffenen Weiber konnten in einer neueingerichteten Abteilung im „Asyl für Obdachlose" untergebracht werden; ihre peinlich durchgeführte und daher langdauernde Behandlung erforderten strenge Abschließung einerseits und Beschäftigung der Jugendlichen und Arbeitswilligen andrerseits. Mit Hilfe der Wiener Frauenvereine wurden im Erdgeschoß des Spitals Arbeitsräume für Nähen, Stricken, Waschen, Bügeln, Schneidern, Rechtschreiben, Rechnen eingerichtet; Vorlesungen über ernste und heitere Themen, musikalische Unterhaltung abends. Gefahrdrohend ist der Augenblick, in dem endlich die Kranken das Spital mit den Arbeitsräumen verlassen; es muß dann weiterhin für sie gesorgt werden; eine Anzahl gemeinnütziger Vereine entfalten nach dieser Richtung hin ihre Tätigkeit, auch ist vom Ministerium des Innern eine Fürsorgeschwester angestellt. Riecke (Göttingen).

263. **Die Aufstöberung der unerkannten Syphilis und die Vorteile, welche die Angliederung der Beratungsstellen an Fachabteilungen der Krankenhäuser hat;** von Werther. (Münchn. med. Woch. 1918. Nr. 11. S. 288.)

Jedes syphilitische Ehepaar, jede syphilitische Mutter, welche ihre Krankheit vererbt, jeder syphilitische Mensch kann durch irgendeine Art der Übertragung das Zentrum eines solchen Herdes werden. Dieser Satz wird erhärtet durch die Mitteilung von 18 Fällen von Syphilis-Familienendemien, von denen vemutlich die ersten bemerkenswert sind durch die zahlreichen Familienglieder, welche meist extragenital (Tonsilberschanker) erkrankten. Hat man ein Glied aus dem syphilitischen Ansteckungsherd an der Hand, so hat man damit ein Fadenende eines zu entwirrenden Knäuels sicher in der Hand. Darauf fußend tritt W. für die Belehrung und Aufklärung im Krankenhaus in Form regelmäßiger Besprechungen ein. Damit im Zusammenhang empfiehlt er, die Leitung der fachärztlichen Krankenhausabteilung und die der Beratungsstelle in eine Hand zu legen. Auf diese Weise werden okkulte Fälle leichter erkannt werden, da das persönliche Interesse des Krankenhausarztes an der Entwirrung der Endemie mit dem Interesse des Kranken, der seine Familie durch den Krankenhausarzt untersucht haben will, erfolgreich zusammenwirkt. Differenzen zwischen den Anschauungen des Autors und denen der Landesversicherungsanstalt und Reichsversicherungsanstalt geben den weiteren Ausführungen W.s eine polemische Färbung. Riecke (Göttingen).

264. **Über den allgemeinen Charakter des Bevölkerungswechsels in den Groß- und Mittelstädten des Reichs 1912;** von F. Mataré. (Klin.-ther. Wochenschr. 1918. Nr. 27/28. S. 201.)

In den Städten ist gegenüber dem übrigen Reich die Geburtenhäufigkeit herabgesetzt, aber die Sterblichkeit erheblich günstiger; an Tuberkulose sterben in den Städten mehr als im übrigen Reiche, und auch die Zahl der Todesfälle an Neubildungen ist in jenen größer. Fischer-Defoy (Dresden).

C. Bücherbesprechungen.

6. **Urologische Operationslehre;** von Voelcker und Wossidlo. 1. Abt. Leipzig 1918. Gg. Thieme. 306 S. mit 225 teils farb. Abb. u. 3 farb. Taf. (19 Mk.)

Die Urologie hat sich seit Jahren zu einem eigenen Spezialgebiet herausgebildet, so daß es berechtigt erscheint, auch eine spezielle urologische Operationslehre zu schreiben. Wie weit die Notwendigkeit hierzu vorliegt, darüber könnten die Ansichten auseinandergehen; denn im allgemeinen werden in den gynäkologischen und chirurgischen Operationslehren die einschlägigen urologischen Operationen ziemlich eingehend besprochen; ich verweise beispielsweise auf das Lehrbuch von Brame-Bier-Kümmell, in dem die Chirurgie der Harnorgane und der männlichen Geschlechtsorgane eine ausgezeichnete, sehr ausführliche Darstellung erfährt. Demgegenüber ist jedoch zu betonen, daß es an einer zusammenfassenden Darstellung der urologischen Operationen von speziell urologischer Seite bisher gefehlt hat; gerade die konservativ-chirurgischen Eingriffe in der Urologie erfahren in den chirurgischen Lehrbüchern im allgemeinen eine ziemlich knappe Darstellung. Somit ist das Erscheinen dieses groß angelegten, vorzüglich ausgestatteten Werkes mit Genugtuung zu begrüßen. Im ersten Kapitel bespricht Cohners kurz die Asepsis, Antisepsis und Narkose in der Urologie, wobei die gerade in der Urologie so wichtige Lokalanästhesie eine besondere Berücksichtigung findet. Von Kielleuthner stammen die Ausführungen über die *Einführung von Instrumenten in Harnröhre und Blase*. Der Katheterismus, seine Schwierigkeiten und Fehler sind sehr ausführlich dargestellt, was in Anbetracht der Wichtigkeit dieses Eingriffes wohl berechtigt ist. Die *endoskopischen Operationen der Harnröhre* beschreibt E. Wossidlo. Dieses, sowie das folgende Kapitel, die *blutigen Operationen der Harnröhre*, bilden mit die Hauptdomäne der Urologen und sind dementsprechend recht eingehend besprochen. Die *Operationen an der Prostata* schildert H. Wossidlo unter besonderer Berücksichtigung der perinealen Methoden, Voelcker die *Operationen an den Samenblasen*, ein Kapitel, das sonst in den Operationslehren nur wenig berücksichtigt wird und über das Verf. ausgedehnte Erfahrungen besitzt. Den letzten, ebenfalls sehr wichtigen Abschnitt des 1. Bandes bilden die *intravesikalen Operationen*, von Blum beschrieben. Wenn auch der Chirurg im allgemeinen bei Affektionen der Blase den Weg von oben vorzieht, so dürfte doch in manchen Fällen die viel schonendere konservative Operation angebrachter sein. Für die Blasenpapillome stellt Blum die intravesikale Operation als die Methode der Wahl auf und führt verschiedene Argumente dafür an. Demgegenüber möchten wir doch glauben, daß in der Mehrzahl der Fälle die suprapubische Operation mit primärem Blasenverschluß die radikalere und zuverlässigere ist. —

Die Ausstattung des Buches ist, wie gesagt, ausgezeichnet; die Abbildungen sehr klar und instruktiv. Brütt (Hamburg-Eppendorf).

7. **Die Technik der Extensionsverbände;** von B. Bardenheuer und R. Graessner. Stuttgart, F. Enke. 157 S. mit 76 Abb. (Geh. 6 Mk.)

Die vorliegende 5. *Auflage* ist gegenüber den früheren wesentlich erweitert worden. In einem allgemeinen Teil wird zunächst die Technik und die Wirkungsweise der permanenten Extension ausführlich erörtert; im speziellen Teil die Behandlung der verschiedenen Frakturen der oberen und unteren Extremität genau geschildert. Die beigegebenen Abbildungen lassen die zum Teil etwas komplizierte Behandlung klar erkennen. Es ist zweifelsohne B. u. G. zuzugeben, daß es in der Mehrzahl der Fälle gelingt, durch zweckmäßig angelegte Extension mit den verschiedenen Seitenzügen usw., auch stärker dislozierte Frakturen mit guter Stellung zur Ausheilung zu bringen. Besonders beachtenswert scheint uns die Frakturenbehandlung mit den — allerdings etwas komplizierten — Extensionsschienen, die den sehr großen Vorzug haben, daß der Patient nicht ans Bett gefesselt ist. — Trotz alledem möchten wir entgegen dem Optimismus B.s u. G.s — glauben, daß bei einer gewissen Reihe von Frakturen (alte, stark dislozierte Brüche, stark eingekeilte Brüche usw.)

mit der Nagelextension bzw. den ihr verwandten Methoden sowie letzten Endes mit der blutigen Reposition bessere Resultate erreicht werden als mit der Extensionsbehandlung.

Brütt (Hamburg-Eppendorf).

8. **Mediko-mechanische Behandlung im Feld- und Kriegslazarett;** von Albert Stein. Stuttgart 1918. Ferd. Enke. 82 S. mit 118 Abb. im Text und auf 21 Tafeln. (6 Mk.)

Es ist zweifelsohne eine verdienstvolle Tat St.s, schon in den Front- und Etappenlazaretten durch behelfsmäßig konstruierte medikomechanische Apparate die Verwundeten so früh als möglich der so ungemein wichtigen orthopädischen Behandlung zuzuführen. Im allgemeinen wird ja diese Behandlung nur in den Heimatlazaretten in den orthopädischen Instituten durchgeführt und auch hier setzt sie sicher oft nicht früh genug ein und wird, da der Betrieb dann meist nicht unter ausschließlich militärischer Leitung steht, auch nicht immer mit der notwendigen Energie betrieben. Stein gibt nun in seinem klar geschriebenen Buch nach einer ausführlichen allgemeinen Einleitung, in der auch die übrigen mediko-mechanischen Methoden besprochen werden (Heißluftbehandlung, Massage, Elektrisieren usw.), eine genaue Beschreibung der einzelnen, von ihm mit ganz primitiven Mitteln hergestellten Apparate. Er betont sehr richtig, daß es für einen größeren Betrieb weit zweckmäßiger ist, für die bestimmten einzelnen Übungen besondere Apparate zu konstruieren, die dann relativ einfach gebaut sind, als die recht komplizierten sogenannten Universalapparate zu benutzen. Auf 21 Tafeln sind zum Schluß genaue Konstruktionszeichnungen der einzelnen Apparate gegeben, so daß man danach sich selbst seine Apparate bauen kann. Brütt (Hamburg-Eppendorf).

9. **Die Chirurgie der Gesichts- und Kieferdefekte;** von J. v. Ertl. Berlin-Wien 1918. Urban & Schwarzenberg. 8°. 168 S. mit 101 Textabbild. u. 35 Tafeln. (Brosch. 24 Mk.)

Dieses vorzüglich ausgestattete Werk soll die im Reservespital Nr. 6 in Budapest eingeführten und angewendeten Operations- und Transplantationsmethoden bei Gesichts- und Kieferdefekten, deren Zahl gegenwärtig das erste Tausend überschritten hat, in zusammenfassender Weise zur Kenntnis bringen. Besprochen werden die osteo-periostale Plastik, Gesichtsplastik, Transplantation, Transplantation mit biegsamem Transplantat. Außerdem enthält das Buch Beiträge zur Biologie der Knochentransplantation. Eine reichhaltige Kasuistik bildet den Schluß des Werkes. Die einzelnen Fälle werden durch ausgezeichnete Tafeln illustriert, die Abbildungen vor und nach der Transplantation geben, sowie den Röntgenbefund auch längere Zeit nach dem operativen Eingriffe veranschaulichen. Die Resultate sind nicht nur in funktioneller, sondern auch in kosmetischer Hinsicht ganz vorzügliche. Wagner (Leipzig).

10. **Lehrbuch der Massage;** von J. H. Lubinus. 2. verm. Auflage. Wiesbaden 1917. F. Bergmann. 91 S. (Kart. 3 Mk.)

Das für Laien geschriebene Buch bringt zunächst einen kurzen, allgemeinverständlichen Überblick über die Anatomie. Die spezielle Massagelehre bietet auch dem Arzt manch Wissenswertes. Durch gute Abbildungen werden die einzelnen Handgriffe gut erläutert. Brütt (Hamburg-Eppendorf).

11. **Psychische Verursachung seelischer Störungen und die psychisch bedingten abnormen Seelenvorgänge;** von Dr. Karl Birnbaum. Wiesbaden 1918. J. F. Bergmann. 77 S. (3 Mk. 60 Pf.)

Übersicht über die namentlich durch die Kriegsereignisse wieder mehr in den Vordergrund getretenen psychogenen Krankheitsvorgänge. Hierbei verzichtet B. auf das rein klinische Beiwerk zugunsten einer umfassenden und anschaulichen allgemeinen Kennzeichnung der pathologischen Wirkung psychischer Faktoren.

Nachdem er die Erscheinungen der Psychogenie geschildert hat, wendet er sich zu den psychogenen seelischen Störungen, beschreibt die Grundeigenschaften der psychogenen Störungen und erwähnt die charakteristischen Sondergestaltungen dieser Störungen, um schließlich auf ihre Sonderstellung hinzuweisen. Schmidt (Andernach).

12. **Die Indikationen zur künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft;** von G. Winter und seinen Schülern Sachs, Benthin, Sachse, Kunckel und Blohmcke, nebst Beitr. v. E. Meyer. Wien 1918. Urban & Schwarzenberg. 317 S. (15 Mk.)

Das vorliegende Buch ist in der Absicht verfaßt, den augenblicklichen Standpunkt, den die Wissenschaft gegenüber der Schwangerschaftsunterbrechung einnimmt, zu fixieren und den Ausgangspunkt für weitere Forschungen zu bilden. Die Wintersche Schule vertritt einen sehr strengen Standpunkt, und über manche Einzelheiten dürfte wohl die Diskussion sich erheben. Aber gerade das wünscht und erwartet W. Auf jeden Fall war es ein glücklicher Gedanke, gerade jetzt eine derartige zusammenfassende Bearbeitung erscheinen zu lassen, wo die Frage auch den Gesetzgeber lebhaft beschäftigt. — Die einzelnen Aufsätze, die zum Teil schon a. a. O. publiziert und zum Teil auch schon in diesen Blättern besprochen worden sind, umfassen wohl sämtliche pathologischen Zustände der Mutter und der Frucht, bei denen die künstliche Schwangerschaftsunterbrechung in Frage kommen kann mit Einschluß der Nerven-, Gehirn- und Rückenmarkskrankheiten. Es wird kaum einen konkreten Fall geben, für den man Rat vergebens suchen wird, besonders auch, wie lange man zuwarten soll und darf — nach Ansicht und Erfahrung der Verff. — Auch die unberechtigten Indikationen sind scharf, und zwar von W. selbst, herausgehoben: außer der sozialen und eugenetischen die Notzuchtsindikation und von medizinischen die bei leichteren Krankheitszuständen und die betreffenden der Gefahren der bevorstehenden Geburt wegen engem Becken, Uterusruptur, habituellen schweren Nachgeburtsblutungen. — Das Buch sollte von jedem Arzt, der in die Lage kommt, praktisch oder als Berater über künstliche Schwangerschaftsunterbrechungen entscheiden zu müssen, gründlich studiert werden. Klien (Leipzig).

Für die Redaktion verantwortlich: Prof. Dr. C. Bachem in Bonn.
A. Marcus & E. Webers Verlag (Dr. jur. Albert Ahn) in Bonn. — Druck: Otto Wigand'sche Buchdruckerei G. m. b. H. in Leipzig.

SCHMIDTS JAHRBÜCHER

DER IN- UND AUSLÄNDISCHEN

GESAMTEN MEDIZIN

86. JAHRGANG BAND 329 HEFT 3
MÄRZ 1919

BONN
A. MARCUS & E. WEBERS VERLAG
Dr. jur. ALBERT AHN

Schmidts Jahrbücher

der

in- und ausländischen gesamten Medizin

86. Jahrgang | Band 329 | März 1919

A. Originalabhandlungen und Übersichten.

(Aus dem St. Vincenshaus in Köln.)

Zum Problem der exakten Herzmessung.

Von

L. Huismans

in Köln.

Seit dem Jahre 1913, wo ich auf dem Kongreß in Wiesbaden die ersten konstruktiven Details meines Telekardiographen bot und ihn in der Münchn. med. Woch. (Nr. 43) als Ersatz des Orthodiagraphen theoretisch begründete, sind nun schwere Zeiten über uns gekommen. Zwar konnte ich noch 1914 in Berlin auf dem Röntgenkongreß und in Wiesbaden auf dem Kongreß für innere Medizin mein Verfahren praktisch vorführen und den Ausbau im Kriege vollenden. Die Ungunst der Verhältnisse hinderte aber bis dahin eine ausgedehnte Verwendung durch andere Autoren. So mag es kommen, daß in den neuesten Veröffentlichungen wohl des Telekardiographen Erwähnung getan wird, daß z. B. Hammer (aus der Röntgenabteilung von Rieder-München) in der Münchn. med. Woch. 1918. Nr. 44 glaubt, „man könne Aktion und Form des Herzens am besten bei der Durchleuchtung oder durch Aufnahme in Systole und Diastole nach Huismans beurteilen", daß aber derselbe Autor bei einem Vergleich zwischen Orthodiagraphie und Fernaufnahmen die Telekardiographie nicht speziell bewertet.

Und doch möchte ich auf die Gefahr hin, mich selbst zu plagiieren, nicht unterlassen zu betonen, daß mein Verfahren zum mindesten ganz neue, ausbaufähige Verhältnisse schafft. Ich halte es daher mit Martius für notwendig, die springenden Punkte meiner Herzmessung immer wieder herauszustellen.

Zustimmen muß ich Hammer, wenn er sagt, daß bei der graphischen Wiedergabe von Herzform und -aktion eine scharfkonturierte kontrastreiche Aufnahme dem Orthodiagramm vorzuziehen ist. Um diese scharfe Kontur zu erzielen, bediente ich mich von vornherein nicht mehr der Expositionszeiten von 0,1" Dauer, sondern jagte 400 Milliampère in 0,005" mittels des Dessauerschen Blitzapparates durch die Wolframröhre, weil das Herz in vielen Fällen in weniger als 0,1" die ganze Systole durchläuft und die Aufzeichnung der ganzen Kammersystole unbedingt unscharfe Bilder erzeugen muß. Ich erreichte durch meine Apparatur, daß nach Einstellung derselben automatisch nur zwei Bilder je vom Ende der Systole und Diastole entstehen können, und hatte die Kontraktionsphase des Herzens (Hammer) in fester Kontrolle. Auch die Atmungsphase konnte ich mittels des Amrheinschen Zusatzapparates beliebig wählen.

Ich gebrauchte die Größe der diastolischen Verschiebung zur Beurteilung der Herzfunktion, die diastolische Grenze andererseits zur Messung der Herzgröße. Dabei war ich mir ebenfalls klar, daß die sog. Normalmasse ein sehr relativer Begriff und bei Kindern wegen der äußerst variablen endokrinen Einflüsse überhaupt zwecklos sind, und stimmte Dietlen bei, wenn er eine gewisse Abweichung in den Zahlen noch nicht als pathologisch betrachtete — man vergleiche darüber das Nähere in meiner zusammenfassenden Arbeit (Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 85. H. 1 u. 2). Herzkonfiguration und -aktion müssen ebenso klinisch verwertet werden wie das Normalmaß, um ein Bild der Herzfunktion zu erhalten und eine exakte Prognose stellen zu können.

Die Telekardiographie setzte mich nun aber in den Stand, einige weitere, sehr interessante Details festzustellen. Da ich mit meinem Apparate mittels eines Mareyschen Sphygmographen von der Karotis aus die Tätigkeit der linken Kammer zeitlich genau festlegte, wurden nur bei letzterer genau Ende von Systole und Diastole auf *einer* Platte fixiert, während die rechte Herzgrenze, d. h. vornehmlich der rechte Vorhof, unberücksichtigt blieb. Es mußten also an der rechten Herzgrenze von der Aktion unabhängige Zufallsmaße entstehen. Nur in einzelnen Fällen wurde auch Systole und Diastole des rechten Vorhofes sichtbar (vgl. Zentralbl. f. Herz- u. Gefäßkrankh. 1915. S. 370), besonders da ja, wie Deneke betonte, die flatternde Bewegung der Vorhöfe sich wesentlich von der stramm pumpenden Tätigkeit der linken Kammer unterscheidet. Ich mußte also an der rechten Herzgrenze Mittelmaße erhalten und konnte erwarten, daß bei der genügend großen Fokus-Plattendistanz von 165 cm und der dadurch bedingten minimalen perspektivischen Vergrößerung sich meine Maße mit den orthodiagraphischen ziemlich decken würden. In der Tat stimmen

hier meine Maße mit den orthodiagraphischen überein: Auch ich konnte aus einer großen Serie von sitzenden Soldaten bei einer Körpergröße von 161 bis 170 cm für den Mr einen Wert von 4,5—4,6 cm feststellen.

Hammer fand ferner, daß der Mr bei Fernaufnahme, Ferndurchleuchtung, Orthodiagraphie und Orthoröntgenographie immer zu bestimmen ist, Ml nur bei einigen Fernaufnahmen nicht, L fast nie bei Fernaufnahmen und -durchleuchtungen, oft beim Orthodiagraphen. Er setzt deshalb bezüglich der Vollkommenheit der darzustellenden Silhouette das Orthodiagramm an die erste Stelle. Hier kann es sich nur um mit den alten Methoden der Fernaufnahme erzielte Resultate handeln, denn schon im Jahre 1915 (Zentralbl. f. Herz- u. Gefäßkrankh. S. 369 f.) stellte ich fest, daß der Tr immer — selbst beim sagittalen Durchmesser von 27 cm — zu messen war, daß „die Herzspitze" nur in weniger als 30% undifferenzierbar und so der L in noch nicht 1/3 der Fälle unbekannt blieb. Ich muß dabei aber bemerken, daß sich unter den Aufnahmen auch solche befanden, bei denen sich aus äußeren Gründen die von mir eingeführte Vorbereitung des Pat. durch 5stündiges Fasten oder Ausheberung des Magens zur Herstellung der Magenblase (D. med. Woch. 1914. Nr. 18) nicht vornehmen ließ. Unter normalen Bedingungen ist also der L sicher noch viel häufiger — ich schätze in 90% — meßbar, und damit ist die Konkurrenzfähigkeit meiner Apparatur wohl in jeder Hinsicht gegeben.

Die Größe des Tr übersteigt nach Hammer bei der Fernaufnahme des sitzenden Pat. durchschnittlich diejenige bei der Orthodiagraphie um 1,0 cm. Meine Untersuchungen ergaben für den Ml des Telekardiogramms durchschnittlich eine Vergrößerung um 0,6 mm, für den Mr keine Differenz, für den L um 1,0 cm größere Maße (ebenda S. 371). Auch der Mr würde bei meinem Verfahren größer sein, wenn, was jederzeit möglich ist, der Blitz auf das Ende der Vorhofdiastole eingestellt würde. Die Vergrößerung von Ml und L erklärt sich erstens durch die absolute Objektivität der photographischen Platte und durch ihre gegen das menschliche Auge auf das Doppelte erhöhte Leistungsfähigkeit, sodann durch die Zentralprojektion. Die letztere spielt aber bei einer Fokusplattendistanz von 150—200 cm nur eine geringe Rolle, wie schon Albers-Schönberg und A. Köhler betonten und auch aus meinen speziellen Berechnungen hervorgeht. Ihre Bedeutungslosigkeit läßt sich auch aus der Tatsache ableiten, daß der Mr für alle Verfahren fast gleich ist.

In einem Punkte muß ich allerdings Hammer prinzipiell widersprechen: er fand, daß der Tr der Herzsilhouette bei der Fernaufnahme ca. 1 cm größer ist als der des Orthodiagramms „im Gegensatz zu den mathematischen, in der Literatur festgelegten Berechnungen, nach denen die Differenz nur 2—3 mm ausmachen soll". Hammer scheint hier die Maße beider Methoden als gleichmäßig objektiv aufzufassen. Ehe aber angenommen werden darf, daß die Anwendung mathematischer Gesetze zu einem Irrtum führt, muß immer geprüft werden, ob sich nicht bei differenten Resultaten Fehlerquellen subjektiver Natur eingeschlichen haben, Fehler, die, so möchte ich sagen, auf einer allzu subjektiven, allzu ängstlich gehüteten Objektivität beruhen: Die objektiv begründete Furcht des in der Orthodiagraphie Geübten vor Einzeichnung zu großer Maße kann eben dazu führen, daß zu kleine markiert werden. Ob nicht auch Hammer dieser Gefahr erlag?

Folge ich Hammer in seiner Forderung für die beste Apparatur, daß sie den Herzschatten möglichst vollkommen darstellen muß, so kann ich den Nachweis als geliefert betrachten, daß der Telekardiograph diese erfüllt. Die weitere Forderung, daß das Bild möglichst unvergrößert sein soll, kann bei der angewandten Zentralprojektion nur bis zu einem gewissen Grade erfüllt werden. Die telekardiographischen Maße müssen etwas größer ausfallen, die Vergrößerung ist aber irrelevant. Denn ein Vergleich verschiedener Methoden und der durch sie gewonnenen Maße darf nur unter den größten Kautelen vorgenommen werden. Jedes Maß ist relativ und gewinnt nur Bedeutung, wenn wir große Reihen unter denselben Bedingungen beobachten, dann ist aber jede Art der Messung in sich begründet (ebenda S. 369). So erscheint es mir auch nicht erlaubt, von durchschnittlichen Fehlern eines Verfahrens zu sprechen.

Die Orthodiagraphie muß selbst in der Hand des Geübten, wie allerseits anerkannt wird, mit Fehlern bis zu 1/2 cm rechnen. Andererseits ergab mein Verfahren an demselben Pat. eine außerordentliche Konstanz der Bilder. Die unpersönliche photographische Platte räumt eben mit allen unkontrollierbaren psychischen Schwankungen des geübten Untersuchers rücksichtslos auf.

In vielen Punkten pflichte ich also dem Hammerschen Standpunkte vollkommen bei, in einzelnen glaubte ich durch obige Zeilen meine abweichende Ansicht und die durch den Telekardiographen gewonnenen Resultate präzisieren zu müssen.

B. Auszüge.

I. Gynäkologie und Geburtshilfe.

Gynäkologie.

265. **Dysmenorrhöe;** von Heinrich Röder (Ther. d. Gegenw. 1918. Nr. 2.)

Dysmenorrhöe steht im engsten Zusammenhang mit Funktionsstörungen der Mandeln und des Lymphkreislaufs. Durch Verbesserung der Tonsillenfunktion (Saugen, Massage usw.) wird Dysmenorrhöe geheilt. Auch entzündliche Prozesse und Blutungen können nach R.s Ansicht durch konservative Tonsillenbehandlung geheilt werden. R. bringt überhaupt alle Erkrankungen mit den Tonsillen in Zusammenhang. Die geschilderten Behandlungserfolge aus der Praxis reichen aber keineswegs aus, um das wissenschaftliche Bedürfnis kritisch denkender Ärzte zu befriedigen. Geppert (Hamburg-Eppendorf).

266. **Thyreoidea und Menstruation;** von Martin Weidemann. (Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 80. H. 2. S. 419.)

Literaturstudie und eigene Untersuchungen. Die Anschwellung beginnt im Prämenstruum, und zwar 1—2 Tage vor der Menstruationsblutung. Maximum am 1. Tage der Periode. Nach Ablauf derselben ist auch die Schilddrüse wieder auf ihr ursprüngliches Volumen zurückgegangen. Die Schilddrüsenanschwel-

lung wird besonders deutlich bei Trägerinnen von Strumen. Krankheiten der Ovarien, deren Symptome oft in dysmenorrhoischen Beschwerden liegen, bedingen besonders häufig eine deutliche Schilddrüsenanschwellung. Klien (Leipzig).

267. **Über vikariierende Menstruation;** von Heinr. Keitler. (Wien. klin. Woch. 1918. Nr. 16/18.)

Ausführliche Bearbeitung der ziemlich dunklen Frage an der Hand der Literatur und eigener Beobachtungen. K. kommt zu dem Schluß, daß die sog. vikariierende Menstruation eine derartige Analogie mit der uterinen aufweist, daß ihr der Name zugebilligt werden müsse. Erleichtert werde diese Auffassung dadurch, daß ja auch nach Entfernung der Ovarien die Menstruationswelle andauert. Die vikariierende Menstruation sei auf gewissen lokalen und allgemeinen Vorbedingungen aufgebaut (neurotische Hämorrhagien). Klien (Leipzig).

268. **Behandlung des Menstruationsfiebers durch kleinste Dosen Tuberkulin nach der Methode von Philippi;** von Ichok. (Zeitschr. f. Tuberk. Bd. 28. H. 4.)

Das Menstruationsfieber bei Frauen ist ein häufiges Zeichen von Tuberkulose und sollte stets an solche denken lassen. Seine Behandlung mit Tuberkulin, und zwar mit der Bazillenemulsion von Koch hat sich gut bewährt, wenn man Allgemeinreaktionen und Temperatursteigerungen vermeidet. Die Zeit bis zur Entfieberung betrug 3—6 Monate, die Entfieberungsdosis 6 mill. bis 6/100000 mg bei einer Anfangsdosis von $^1/_2$—1 mill. mg. Mit dem Menstruationsfieber verschwanden auch die Beschwerden der Patientinnen. Fränkel (Heidelberg).

269. **Uterus duplex und Hypertrichosis;** von Hans Bab. (Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 80. H. 2. S. 365. 1918.)

Beschreibung eines eigenen Falles und einiger Literaturfälle. B. macht in entwicklungsgeschichtlicher Hinsicht auf die Bedeutung der Nebennierenrinde und des Interrenalorgans aufmerksam. Bei palpatorisch unklaren Fällen spreche normale Behaarung eher gegen Doppelmißbildung des Uterus. Klien (Leipzig).

270. **Zur Bewertung der Röntgenbehandlung bei Myomen und Metropathien;** von Alexander Lorey. (D. med. Woch. 1918. Nr. 1. S. 13.)

Entgegnung auf Nagels vernichtende Äußerungen über die Wertlosigkeit der Strahlenbehandlung bei Myomen. Es fehlt nicht, wie L. Nagel gegenüber nachweist, die wissenschaftliche Grundlage für die Annahme einer besonderen Anziehungskraft des Eierstockes auf die Strahlen, vielmehr ist die große Radiosensibilität der Ovarien eine klinisch und experimentell gut begründete Tatsache, und zwar ist die Empfindlichkeit der Keimdrüse gegenüber Röntgenstrahlen etwa 5mal so groß wie die der Haut, 10mal so groß wie die des Bindegewebes und etwa 20mal so groß wie die des normalen Muskelgewebes.

Im Gegensatz zu Nagel steht L. nicht an, die Röntgenbestrahlung der Myome mit Ausnahme der gestielten, submukösen Myome als die Therapie der Wahl zu bezeichnen, weil sie, richtige Technik vorausgesetzt, in allen Fällen zum Ziele führt und ungefährlich ist, während die Operation trotz der hochentwickelten Technik doch immerhin noch mit 5% Todesfällen rechnen muß, und speziell bei ausgebluteten Frauen mit Herzschwäche die operative Behandlung eine ganz außerordentlich schlechte Prognose bietet. Und schließlich, kann man es den Frauen verdenken, wenn sie sich lieber einer Bestrahlung als einer Operation unterziehen, wenn sie die Gewißheit haben, durch die erste Behandlungsmethode gefahrlos von ihrem Leiden befreit zu werden? Ebeler (Köln).

271. **Für und wider die Ovarialdosis in einer Sitzung und in einer Serie;** von L. Seitz und H. Wintz. (Münchn. med. Woch. 1918. Nr. 2. S. 35.)

Die in der letzten Zeit lautgewordenen Bedenken gegen die Verabreichung der Ovarialdosis in einer Sitzung sind geeignet, ganz falsche Vorstellungen über die *Erlanger* Behandlungs-Methode zu erwecken. S. u. W. verabfolgen bei vielen Myomen und Wechselblutungen die Kastrationsdosis in einer auf 2—3 Tage ausgedehnten Serie. Demgegenüber hält Loose es von großem Vorteil, wenn die Kastration und das Ausbleiben der Periode erst im Laufe von 3 Monaten eintritt, da unterdessen die Natur Zeit hat, sich den veränderten Verhältnissen anzupassen. S. u. W. weisen nun diese letztgenannte Vorstellung Looses mit ihren Erfahrungen zurück, daß nämlich durch die Kastration in einer Sitzung oder in einer Serie die Ovarialtätigkeit nicht so plötzlich ausgeschaltet wird, wie wenn die Kranken operativ kastriert werden. Bis zum erkennbaren Eintritt der Wirkung vergehen viele Tage, was am klarsten daran zu erkennen ist, daß die Periode regelmäßig noch eintritt, wenn ungefähr 14 Tage vor die zu erwartenden Menses die Bestrahlung fällt. Die menstruationsauslösenden Stoffe sind hier eben bereits ins Blut übergetreten und können durch die Strahlenwirkung nicht mehr zerstört werden. Nur wenn man die Bestrahlungszeit kurz nach dem Aufhören der Menstruation verlegt, so bleibt in vielen Fällen die Periode aus, im anderen kommt nach ein- oder zweimaliger Sitzung eine geringe Blutausscheidung, und erst dann tritt, ohne daß eine nochmalige Bestrahlung notwendig würde, das endgültige Aussetzen der Periode ein. Aus diesen Ausführungen geht hervor, daß die Bedenken, die Loose gegen das *Erlanger* abgekürzte Behandlungsverfahren erhebt, rein theoretisch sind. Ein weiterer praktischer Wert und Vorzug der Ovarialdosis in einer Sitzung und in einer Serie liegt auf sozialem Gebiete insofern, als die Krankenkassen bei dieser Art der Behandlung viel eher geneigt sind, die Kosten zu tragen, als bei der alten verzettelten Methode der Röntgenbestrahlung. Ebeler (Köln).

272. **Zur Behandlung klimakterischer Wallungen mit Neobornyval;** von H. Oppenheim. (Med. Klin. 1918. Nr. 7. S. 167.)

O. verwendet mit gutem Erfolge zur Bekämpfung der nervösen Komponente im Klimakterium Neobornyval in 2—3mal täglichen Gaben von je 2 Perlen. Cordes (Berlin).

273. **Rupture et inversion utérines combinées;** von A. Brindeau. (Arch. mens. d'Obst. et de Gyn. Bd. 6. Nr. 7—9. S. 195. 1917.)

Spontane Ruptur in altem Narbengewebe vor deutlichem Aufzug der Geburt. Ausstoßung des Kindes durch die Öffnung in die Bauchhöhle und Inversion der Gebärmutter, an der die Plazenta adhärent bleibt, ebenfalls in die Bauchhöhle. Dieser Befund wurde bei der Laparotomie gemacht. Exstirpation

des Uterus. Heilung. Es handelte sich um eine 32jährige Siebendgebärende. — 3 schematische Zeichnungen und 1 photographische Abbildung.

Lamers (Herzogenbusch)

274. **Grundsätze der Röntgenstrahlen des Gebärmutterkrebses und des Karzinoms im allgemeinen. Die Karzinomdosis;** von L. Seitz und H. Wintz. (Münchn. med. Woch. 1918. Nr. 4. S. 89.)

Krönig und Friedrich maßen bei Mammakarzinom die Dosis mit einem Jontoquantimeter und und stellten fest, daß die Karzinomdosis geringer als die Hautdosis ist, und sich verhält wie 4 : 5. Für das Uteruskarzinom konnten sie wegen der Schwierigkeit einer Bestimmung zu keinem abschließenden Resultat kommen. S. u. W. nahmen die Erythemdosis als Einheit und bezeichneten sie als die Hauteinheitsdosis (sie ist gleich 100% zu setzen). Sie berechneten dann alle andere Maße danach und fanden so für das Karzinom die vernichtende Dosis bei 100—110% der Hauteinheitsdosis, d. h. es muß ständig eine hautschädigende Dosis die Karzinomzellen treffen, wenn sie abgetötet werden sollen. Die Erlanger Karzinomdosis ist also erheblich größer als die Freiburger und übertrifft letztere um 20%. Wenn diese experimentell gefundene Karzinomdosis mit der Kastrationsdosis, die die Eierstocktätigkeit auszuschalten vermag, verglichen wird, so beträgt die Karzinomdosis nur 34% der Hauteinheitsdosis.

Auf Grund ihrer experimentellen Untersuchungen gaben S. u. W. bei der Bestrahlung drei Felder vom Leib, und drei, manchmal auch nur zwei, vom Rücken aus. Bei dieser ziemlich großen Einfalls-Pforte kann der Tubus ohne Schwierigkeit so gestellt werden, daß von jedem Feld aus die Portio mit Sicherheit in den Strahlenkegel zu liegen kommt. Durch die Filter mit 0,5 mm Zink sind die Strahlen so gehärtet, daß sie praktisch als völlig homogen angesehen werden können.

S. u. W. fordern, daß die genannte Dosis womöglich in einer Sitzung verabfolgt wird und keinesfalls die Bestrahlungszeiten viele Stunden auseinandergerissen werden; denn je kürzere Zeit die einzelnen Felder der Bestrahlung aufeinanderfolgen, je konzentrierter also das Strahlenfeuer ist, desto größer und sicherer ist auch seine zerstörende Wirkung auf die Karzinomzellen. Weit schwieriger ist die Technik dann, wenn das Karzinom schon seitlich auf das Parametrium übergegriffen hat oder fest mit der Beckenwand verwachsen ist. Bei diesen fortgeschrittenen Fällen ist die Röntgenbestrahlung ebenso ergebnislos, wie die Radiumbehandlung.

Die einigermaßen exakte Bestimmung der Karzinomdosis hat den Vorteil, daß man die Bestrahlung abstufen kann; ein Moment, das bei den häufig auftretenden Erscheinungen von seiten des Mastdarmes nicht hoch genug eingeschätzt werden kann. Was die Dosis der übrigen Organe anbelangt, so liegt die Darmdosis höher als die Karzinomdosis. In ihrer Nähe dürfte auch die Schädigungsdosis für den Blutlymph-Apparat gelegen sein.

Viel ungünstiger als beim Uteruskarzinom sind die Verhältnisse beim Vulvakarzinom gelegen. Bei ihm ist es sehr schwer, eine genügende Strahlenmenge auf den Tumor und seine Umgebung zu konzentrieren. Auch beim Mammakarzinom ist es nicht ganz leicht, die volle Karzinomdosis auf die erkrankte Stelle zu bringen. Bei straff aufsitzender Brust findet sich nicht genügend Raum für mehrere Einfallspforten. Die Haut muß verbrannt werden, wenn der mindestens 2 cm unter ihr liegende und mehrere Zentimeter in die Tiefe greifende Tumor in seinem ganzen Umfange mit einer vollen Karzinomdosis erfaßt werden soll.

Ebeler (Köln).

275. **Operation oder Bestrahlung des Uteruskarzinoms?** von Alf. Labhardt. (Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte 1917. Nr. 30. S. 961.)

Nach Mitteilung der eigenen Erfahrungen kommt L. zu folgenden Schlüssen: Operable Karzinome müssen unter allen Umständen operiert werden, die Resultate übertreffen die der ausschließlichen Strahlenbehandlung um ein wesentliches. So urteile auch Wertheim. Die Wirksamkeit des Radiums sei eine hauptsächlich auf die Oberfläche gerichtete, da sie in der Tiefe unzuverlässig ist und daher die erzielte Heilung fast ausnahmslos keine dauernde sein kann, da der Radiumbehandlung ferner immer noch große Gefahren anhaften, die hauptsächlich in den Spätschädigungen und in der Reizung liegen. L. wendet die vaginale Totalexstirpation mit Mitnahme des Scheidengewölbes nach Schauta an. Auf eine weitgehende Ausräumung der Parametrien verzichtet er. An Stelle derselben tritt möglichst bald nach der Operation eine ausgiebige Röntgenbestrahlung vom Abdomen und eventuell auch vom Rücken aus. — Bei inoperablen Karzinomen wird L. weiter vorsichtige Versuche mit dem Radium machen; besonders komme es auf den Schutz der hinteren Scheidenwand an. (Kappenartige Bleieinlage unter der Portio.)

Klien (Leipzig).

276. **Isolierte Torsion der normalen Tube** von Bernhard Schweitzer. (Zentralbl. f. Gyn 1918. Nr. 2. S. 25.)

In dem von Sch. laparotomierten Falle handelte es sich um die große Seltenheit einer isolierten Torsion der ursprünglich normalen Tube bei sonst unverändertem Situs der Genitalien. Die Drehung war um über 2mal 360 Grad in zwei Attacken akut erfolgt und hatte zu sekundärer Bildung einer Hämatosalpinx mit Adhäsionen und schweren klinischen Erscheinungen Anlaß gegeben. Das Ovarium nahm an der Achsendrehung nicht teil, ebensowenig der isthmische Abschnitt der Tube, sondern nur der ampulläre Endteil, weshalb der Vorgang eher noch als Partialtorsion der Tube bezeichnet werden kann.

Im 2. Teil der Arbeit beschäftigt sich Sch. mit den in der Literatur niedergelegten Erfahrungen ähnlicher Art, mit den Bedingungen für das Zustandekommen der Drehung und mit der Frage, wie die Achsendrehung einer normalen Tube entsteht; er kommt dabei zu dem Schluß, daß man sich nur auf hämodynamischem Wege seiner Ansicht nach die Achsendrehung der normalen Tube zu erklären vermag, wobei alle äußeren Einwirkungen gegenüber dieser inneren Ursache in den Hintergrund zu treten haben. Es ist wohl an der Zeit, betont Sch. mit Recht, daß wir auch dieses ursächliche Moment bei der Aufzählung der für eine Torsion in Frage kommenden Ursachen gebührend berücksichtigen.

Ebeler (Köln).

277. **Die Resultate der operativen Behandlung des Uteruskarzinoms an der Frauenklinik in Basel;** von F. Egli. (Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte 1918. Nr. 21. S. 699.)

Es scheine das richtigste zu sein, operable Fälle zu operieren und mit Röntgenstrahlen nachzubestrahlen. Die erweiterte vaginale Operation ergab bessere primäre und Dauerresultate als die abdominale.

Klien (Leipzig).

278. **Die kombinierte Strahlenbehandlung von Frauenleiden;** von Manfred

Fränkel. (Allg. med. Zentralzeit. 1918. Nr. 24. S. 93.)

F., der bekanntlich zu den gemäßigten Röntgenologen gehört, empfiehlt gegen die bei höheren Strahlendosen zuweilen vorkommenden Ausfallserscheinungen von seiten des Ovariums die Anwendung des Blochschen Thelygans, einer Kombination von Extrakten der Ovarien, Hypophyse, Schilddrüse, Pankreas mit kleinen Dosen Yohimbin.
Klien (Leipzig).

Geburtshilfe.

279. **Zur Biologie der Schwangerschaftstoxikosen;** von P. Hüssy. (Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte 1918. Nr. 21. S. 691.)

H. sucht der Ätiologie der Schwangerschaftstoxikosen näher zu kommen, und zwar mittels der Methode Pissemski-Krakow am überlebenden Kaninchenohr durch vergleichende Zählung der Tropfen der in die Arterie eingespritzten und aus der Vene wieder auslaufenden Serumproben. Zunächst erwies sich Normalserum stärker vasokonstriktorisch wie Schwangerenserum, welches zum Teil sogar vasodilatatorisch wirkte. Sehr stark vasokonstriktorisch wirkte Eklampsieserum, auch Serum bei Nephropathie und Graviditätsdermatosen, dagegen auffallend wenig Serum bei Hyperemesis. Das lege die Vermutung nahe, daß die Ätiologie der Hyperemesis eine andere sein könne als die der übrigen Toxikosen. Nach Unterbrechung der Schwangerschaft z. B. bei der Eklampsie waren die vasokonstriktorischen Stoffe aus dem Serum verschwunden. Diese Stoffe dürften den Aminen des Hypophysenextraktes nahestehen, wie sie ähnlich auch im Sekakornin vorhanden sind. Vielleicht spiele bei den Toxikosen die Hypophyse eine Rolle, während die Nebennieren und die Schilddrüse unbeteiligt zu sein scheinen. Klien (Leipzig).

280. **Über das Wesen meiner neuen Schwangerschaftsreaktion mit Sorzympräparaten;** von K. Kottmann. (Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte 1918. Nr. 10. S. 318.)

Das Prinzip der Methode besteht darin, daß die spezifischen Eiweißkörper der Plazenta so mit Eisensalzen kombiniert werden, daß das Eisen nur in den Sera Gravider deutlich frei wird. Da die Reaktion selbst noch bei 0° stattfindet, so habe sie nichts mit fermentativem Abbau im Sinne Abderhaldens zu tun. Die Sera müssen 2mal gründlich auszentrifugiert werden, hämolytische Sera sind nicht zu verwenden. Folgt noch Polemik gegen Abderhalden. Klien (Leipzig).

281. **Erfahrungen mit der neuen Schwangerschaftsreaktion nach Kottmann;** von P. Hüssy. (Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte 1918. Nr. 22. S. 733.)

Die Methode sei einfacher als die Abderhaldensche, schon weil man an keine Zeit und nicht an den Brutschrank gebunden sei. Jedoch auch sie erfordere serologische Übung. Die Eisenreaktion mit den Phosphatdiaresorzymen scheine der Kupferreaktion überlegen, nur seien die Eisenpräparate weniger haltbar. Ob die Reaktion je für die Praxis geeignet sein werde, wird bezweifelt. Klien (Leipzig).

282. **Die biologische Wirksamkeit des Serums von normalen Schwangeren und von Schwangerschaftstoxikosen;** von Paul Hüssy u. Uhlmann. (Zentralbl. f. Gyn. 1918. Nr. 4. S. 57.)

Der Aufsatz beschäftigt sich mit der biologischen Prüfung von normalem Serum und Schwangerenserum am Kaninchenohr. Bei Fällen von Schwangerschaftstoxikosen wurde eine ausgesprochene Gefäßverengerung nachgewiesen. Das Serum enthält also Substanzen, die eine dem Adrenalin sehr ähnliche Wirkung entfalten. Es handelt sich bei ihnen wahrscheinlich um Amine, oder sie stehen den Aminen sehr nahe. Mit Adrenalin haben sie nichts zu tun. Sehr wahrscheinlich sind sie auch nicht von der inneren Sekretion der Thyreoidea abhängig. 3 Kurven sind zur Erläuterung der Versuche beigegeben. Ebeler (Köln).

283. **Hämatinämie und Hämatinikterus bei unterbrochener Tubenschwangerschaft;** von P. Thormählen. (Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 30. H. 4 u. 5. S. 697.)

Ein äußerst wichtiger diagnostischer Befund ist die Anwesenheit von Hämatin im Blutserum bei Tubenschwangerschaftsblutung. Die klinische Beobachtung zeigt in 73% der vorzeitig unterbrochenen Tubenschwangerschaft Hämatin, und zwar meist bei Fällen mit protrahiertem milderen Verlauf. Dieser Befund gewinnt auch Wert in der D. D. zwischen Abort und Salpingitis. Die Entnahme des Blutes geschieht nach Art der Wassermann-Reaktion und die Untersuchung erfolgt mit dem Gitterspektroskop.
von Noorden (Bad Homburg).

284. **Zur Kaiserschnittfrage bei verschleppter Querlage;** von H. Hinterstoisser. (Zentralbl. f. Gyn. 1918. Nr. 4. S. 61.)

Veranlaßt durch einen Artikel Heimanns, der vor kurzem zwei gleiche Fälle publiziert hat, teilt H. drei Krankengeschichten mit, die bereits im Jahre 1910 von seinem damaligen Assistenten Reinhardt mit mehreren anderen Fällen von suprasymphysärem Kaiserschnitt zusammen veröffentlicht wurden. Sie beweisen, daß die verschleppte Querlage eine Indikation für den suprasymphysären, extraperitonealen und für den Franck-Veitschen Kaiserschnitt gibt. Ebeler (Köln).

285. **Zur Behandlung der Nachgeburtsperiode;** von Marcel Traugott. (Therap. Monatsh. 1918. H. 8. S. 270.)

Außer der manuellen Plazentalösung ist auch der Credésche Handgriff nicht ganz ungefährlich, wenn er, wozu er eigentlich erdacht ist, die nicht oder nur zum Teil gelöste Plazenta von ihrer Haftfläche trennen und aus dem Corpus uteri herausbefördern soll; u. a. treten mitunter pseudoanämische Kollapse nach seiner Anwendung ein, mindestens ist er kontraindiziert, wenn ein solcher bereits besteht. Hier tritt nun als völlig ungefährlich und fast stets von Erfolg begleitet die Einspritzung von phys. Kochsalzlösung in die Nabelschnurvene in die Lücke. Mittels eines geeigneten Glasansatzes werden 2—300 ccm, eventuell mehrmals in Pausen von 10—15 Minuten eingespritzt. Zugleich 1 ccm Hypophysenextrakt subkutan. Die Plazenta wird erigiert, es wird eine Inkongruenz zwischen ihr und der Haftfläche herbeigeführt, Wehen werden hervorgerufen und führen zur Ausstoßung. Nur bei wirklicher Placenta accreta versagt die Methode naturgemäß. Auch bei Frühgeburten vom 5. bis 6. Monat an leistet die Methode gute Dienste. Daneben wirkt sie prompt blutstillend, bei retinierter Plazenta. Auch in den meisten Fällen

von Inkarzeration der gelösten Plazenta führt die Kochsalzeinspritzung zur Ausstoßung. — Die Methode ist also auch dem Praktiker auf das angelegentlichste zu empfehlen; notwendig sind nur eine gute Spritze und ein geeigneter Glasansatz mit kurzem Verbindungsschlauch. Klien (Leipzig).

286. **Die Nachgeburtsperiode im Röntgenbilde;** von K. Warnekros. (Arch. f. Gyn. Bd. 109. 1918.)

Die Röntgenuntersuchung der injizierten Plazentargefäße trägt wesentlich bei zur Klärung der wissenschaftlichen Streitfrage, welche von den beiden Formen der Lösungsmöglichkeiten der Plazenta als die häufigere und somit als physiologische anzusehen ist. Als Ergebnis derselben faßt W. zusammen: „Beide Lösungsprozesse, sowohl der nach Duncan wie der nach Schultze, kommen primär zur Beobachtung, wobei der Sitz der Plazenta und das Verhalten der kurzen Eihäute für die jeweilige Ausstoßung von ausschlaggebender Bedeutung ist. In der Mehrzahl der Fälle verläßt die Plazenta in der zuerst von Duncan genauer beschriebenen Art die Uterushöhle, um sich dann allerdings in der Scheide so zu drehen, daß der Austritt aus der Vulva in überwiegender Zahl nach Schultze erfolgt. Der Eintritt der Lösung wird für gewöhnlich erst nach der Geburt des Kindes durch die Nachwehen bedingt. Der Zeitraum, innerhalb dessen die Lösung der Plazenta von ihrer Unterlage erfolgt, ist unter normalen Verhältnissen zweifellos ein sehr kurzer; schon die erste Nachwehe hebt die Plazenta in den meisten Fällen in toto von der Uteruswand ab."
Kautz (Hamburg).

287. **Der Kindsverlust in der Geburt und seine Verhütung;** von W. Benthin. (D. med. Woch. 1918. Nr. 33. S. 904.)

Um möglichst viele Kinder sub partu zu retten, macht B. eine Reihe von Vorschlägen: In der Austreibungsperiode soll bei Sinken der Herztöne auch in der Wehenpause unter 100 oder bei gleichzeitigem Mekoniumabgang beim Steigen über 180 sofort entbunden werden. — Kreißende mit engem Becken mit einer Conj. vera unter $9^1/_2$ gehören in eine Anstalt, ebenso die Placenta praevia-Fälle. Dort möglichstes Abwarten der Spontangeburt mit eventuell folgender Entbindung mittels Beckenspaltung oder Kaiserschnitt, hier Metreuryse oder auch Kaiserschnitt. — Bei der Eklampsie hat sich am besten bewährt folgendes: wenn die Eklampsie noch nicht länger als 5 Stunden besteht, sofort Entbindung durch Forzeps, Muttermundsinzisionen, vaginalen oder abdominalen Kaiserschnitt; in allen anderen Fällen Behandlung nach Stroganoff. — Bei Nabelschnurvorfall und eröffnetem Muttermund sofortige schonende Entbindung, bei unvollkommen eröffnetem Muttermund Reposition. Bei Beckenendlagen vorsichtiges Abwarten der spontanen Entwicklung des Rumpfes, eventuell mit Pituitrin, dann technisch gute Entwicklung der Arme und des Kopfes. Bei unkomplizierten Querlagen Wendung erst bei erweitertem Muttermund mit sofortiger Extraktion. — Bei Gesichtslagen Abwarten der Spontangeburt, bei Stirnlagen Umwandlung in Hinterhaupts- oder Gesichtslage. Klien (Leipzig).

288. **Über die physiologische Gewichtsabnahme Neugeborener;** von Fr. Kirstein. (Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 80. H. 2. S. 448. 1918.)

Eingehende Untersuchungen mit Darstellung der Resultate in Kurven, bezüglich deren auf das Original verwiesen werden muß. Hervorgehoben sei nur, daß es völlig unberechtigt ist, die Milchmenge und das tägliche Gewicht zu bestimmen und daraus allein etwa zu schließen: das Kind hat zwar genug getrunken, aber da es an Gewicht nicht genügend zunimmt, muß es noch mehr trinken. Das ist falsch, weil ja die Höhe des Windelverlustes ganz unbekannt ist. Der ist in solchen Fällen wahrscheinlich sehr groß, d. h. die Fähigkeit des Kindes, die aufgenommene Nahrung auszunutzen, ist herabgesetzt.
Klien (Leipzig).

289. **Geburtstraumatische intrakranielle Blutungen Neugeborener und ihre forensische Bedeutung;** von Gunnar Hedren. (Svenska läkaresellsk. handl. Bd. 44. H. 1. S. 53. 1918.)

Unter 700 Sektionen neugeborener nicht mazerierter Kinder 65 einschlägige Fälle, davon 50 nach Spontangeburten. 42mal meningeale Blutungen allein, 5mal zerebrale, 3mal beide. Von den erstgenannten 32 supratentoriell, 10mal infratentoriell, teils subdural, teils subarachnoidal, meist an der Konvexität, weniger oft intrazerebral und intraventrikulär. 3 Kinder waren tot geboren, die anderen lebten 1 Stunde bis 3 Tage. Bei den meisten Fällen der Spontangeburten lagen Erstickungserscheinungen vor, in 40% mehr oder weniger hochgradige Lungenatelektase. Ursächlich kommen neben der Kompression des Kopfes und Verschiebung der Schädelknochen intrauterine Störungen der Respiration und der Zirkulation der Frucht in Frage, vor allem intrauterine Asphyxie. Vielleicht spielt die kongenitale Lues eine Rolle, ebenso die Eklampsie der Mutter. — Mitteilung von 10 forensischen Sektionen. Der intrauterinen Asphyxie und dem Geburtstrauma, auch bei schnell und leicht verlaufenden Geburten, gebührt große Bedeutung gegenüber etwaigen Verletzungen nach der Geburt. Klien (Leipzig).

290. **Über den Scheintod Neugeborener und über Wiederbelebung scheintot geborener Kinder;** von B. S. Schultze. (v. Volkmanns Samml. klin. Vortr. 741/42; Gyn. 1918. 262/63. S. 115.)

Altmeister Sch. gibt in vorliegendem Vortrag nochmals eine zusammenfassende Darstellung des Wesens vom Scheintod Neugeborener und seiner klassischen Methode der Schwingungen beim sog. blassen (schweren) Scheintod. Diese Schwingungen erfüllen die drei notwendigen Indikationen gleichzeitig: Entfernen des aspirierten Schleims, Lufteinführung in die Lungen, in Gangbringen der Zirkulation. Sehr dankenswert ist es, daß bezüglich der Technik die bekannten zwei Abbildungen aus der Monographie vom Jahre 1871 nochmals wiedergegeben sind, leider aber wieder unter Weglassung der zum Festhalten des schlüpfrigen Kindskörpers unbedingt notwendigen und im Text auch als unerläßlich geforderten Windel zwischen Händen des Arztes und Schultern des Kindes. Klien (Leipzig).

291. **Zur Frage des kriminellen Abortes;** von Fritz Heinsius. (Münchn. med. Woch. 1918. Nr. 1. S. 16.)

Wenn man bedenkt, mit welchem Leichtsinn oft die Einleitung des Abortes durch Frauenhand vorgenommen wird, so nimmt es beinahe wunder, daß nicht öfter die bekannten ernsten Folgen, die stärkeren Entzündungserscheinungen, Exsudatbildungen, Peritonitis und septische Folgezustände auftreten. Daß die Ungefährlichkeit nur eine scheinbare ist, geht aus einem Aufsatz Benthins über „Spät-

folgen" hervor. Er fand als Folge des Abortes außer Unregelmäßigkeit der Menstruation vor allem entzündliche Unterleibserkrankungen, die nicht nur primär entstanden, sondern erst sekundär im weiteren Verlaufe des Wochenbettes eintraten. Die Gefahr der Sterilität ist hoch, und die Zahl der Frauen, die wieder abortieren, groß. Um sich über die Mortalitätsstatistik nach kriminellem Abort Klarheit zu verschaffen hat H. eine Anzahl ihm leicht zugängiger Statistiken zusammengestellt. Wenn man den Ursachen und Beweggründen nachgeht, die die Frauen zur Schwangerschaftsunterbrechung führen, so ergibt sich ohne weiteres, daß gesundheitliche Gründe in der Regel nur den Vorwand abgeben oder eingebildete sind. Die Mehrzahl der Aborte, und diese sind durchweg alle als kriminell zu bezeichnen, werden aus wirtschaftlichen und sozialen Gründen vorgenommen. Es ist vielfach aber auch lediglich Bequemlichkeit, die zum Abort treibt. Die eigentliche Ursache liegt neben dem fehlenden Willen der Frau und auch des Mannes zur Fortpflanzung darin, daß das Gefühl für die Heiligkeit der Mutterschaft verloren gegangen ist. Die Hauptsache ist und bleibt aber ein Umschwung der Gesinnung; dazu kann auch die moderne Frauenbewegung beitragen.

Ebeler (Köln).

292. **Zur Statistik des Abortus;** von Max Hirsch. (Zentralbl. f. Gyn. 1918. Nr. 3. S. 41.)

Die Abortstatistik stützt sich im wesentlichen auf das Material der großen öffentlichen Krankenanstalten. H. hat im vorliegenden Artikel die Fälle seiner Praxis statistisch bearbeitet. Da sich für die einzelnen Jahre fast gleiche Werte ergeben haben, so hat er aus ihnen den mittleren Wert genommen und in einer Tabelle verzeichnet; danach kommen auf 100 fruchtbare Ehen im Durchschnitt 87 Aborte. Am bemerkenswertesten ist die Altersklasse zwischen 31 und 36 Jahren, hier kommen auf 100 verheiratete Frauen 110 Aborte. In dieser Altersklasse spielt also die Fehlgeburt eine ähnliche Rolle, wie der Tripper beim Manne, den nach Blaschkos Berechnung jeder Mann mindestens einmal im Leben durchgemacht hat. Auf 100 Aborte kommen weiter im Durchschnitt 78 Fruchtabtreibungen. Bei dieser Berechnung hat H. alle diejenigen Fälle als kriminell gebucht, in denen aus der Krankengeschichte auch nicht die entfernteste Ursache für spontane Unterbrechung der Schwangerschaft zu entnehmen war.

Ebeler (Köln).

293. **Geburtshilflich - gynäkologische Kriegsfragen;** von A. Hamm. (Zentralbl. f. Gyn. 1918. Nr. 5. S. 82.)

Zwar ist infolge des Kriegsausbruches ein gewaltiger Geburtenrückgang eingetreten, doch hat sich seither trotz der langen Kriegsdauer das Material ungefähr auf gleicher Höhe gehalten. Der Geburtenrückgang in Straßburg wird weniger in Spitälern und Entbindungsanstalten als in der Gesamtbevölkerung der Stadt bemerkt, weil die Frauen in dieser Zeit die Anstalten aus Gründen der Bequemlichkeit und der besseren Ernährung gern aufsuchen. Der Rückgang an männlichen Neugeborenen im Spital war merklich geringer als in der Stadt. Auch nach den Erfahrungen der Straßburger Klinik sind die Kriegsneugeborenen keineswegs zartere, schwächere oder weniger widerstandsfähige Kinder. Die Abnahme der Eklampsie während des Krieges ist statistisch noch nicht eindeutig erwiesen. Den Schluß des Aufsatzes bilden Bemerkungen über die Kriegsamenorrhöe, die auch in Straßburg sehr häufig beobachtet wurde, deren Ursache aber noch immer nicht als eindeutig und klar zu bezeichnen ist. Die psychische Alteration, sowohl in Form des einmaligen psychischen Traumas als auch des chronischen psychischen Insultes spielen nach H.s Erfahrungen die ausschlaggebende Rolle.

Ebeler (Köln).

II. Gerichtliche Medizin.

294. **Zur Frage der Todesfälle bei sinusoidalem Strom;** von G. Meinhold. (D. med. Woch. 1918. Nr. 18. S. 490.)

Kräftig gebauter Soldat war bereits einmal mit dem sinusoidalen Strom ohne nachweisbare Schädigung behandelt worden. Bei Wiederholung am Nachmittag trat der Tod ein. Sektion: *Hochgradige Markhyperplasie der Thymus.* Die Behandlung erfolgte mit Pantostat von Reiniger, Gebbert und Schall, 9 cm Schieberstellung. Die große Pelotte (5 cm Durchmesser) auf der Brust, die kleine ($3^1/_2$ cm) zwei Minuten auf der rechten Wange; als sie auf die linke gesetzt wurde, erfolgte Streckkrampf und Tod, wahrscheinlich Sekundentod durch Herzflimmern. Es hatten 58 Milliampère bei 50 Volt primärer Wechselstrom den Körper passiert. *Vielleicht traf ein Stromzweig das Herz, als die eine Pelotte von der rechten auf die linke Wange gesetzt wurde.* (Christen, D. med. Woch. 1917. Nr. 49. S. 1537.)

Kadner (Dresden-Loschwitz).

295. **Der Mechanismus des Todes durch elektrischen Starkstrom;** von Boruttau. (Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med. Bd. 55. H. 1. 1918.)

B. wendet sich in gelegentlich recht temperamentvoller Weise gegen die Lehre der „Wiener Schule" und besonders Jellinek, wonach der Tod durch elektrischen Starkstrom infolge von Lähmung nervöser Zentren und besonders des Atemzentrums eintrete und daß der Tod ein „Scheintod" sei. B.s Untersuchungen stützen sich auf die amtlichen Angaben von 1190 Unglücksfällen hauptsächlich in Preußen, aus denen eine starke Zunahme der Todesfälle hervorgeht, sowie auf seine experimentellen Untersuchungen. Sie ergeben, daß der Wechselstrom weit gefährlicher ist als der Gleichstrom, von dem ziemliche Stärken vertragen werden und daß von besonderer Wichtigkeit die Ein- und Austrittsstellen des Stromes am Körper sind bzw. der Stromanteil, der das Herz getroffen hat. Von 212 verwendbaren Fällen war der Strom mit seinem Hauptteil durch das Herz gegangen, während ähnliche Spannungsströme nicht tödlich wirkten, sobald der Stromkreis das Herz verschont hatte. Der Tod tritt ein durch *Herzkammerflimmern,* das allen Versuchen künstlicher Atmung gegenüber fast stets unbeeinflußbar blieb. Es sind nicht die höchsten Stromstärken, sondern solche von mittlerer und niedrigerer Spannung die gefährlichsten, eine Tatsache, welche die anfänglichen Mißerfolge amerikanischer Hinrichtungen, bei denen höchste Ströme angewendet wurden, verursachte. Hingewiesen wird auf gelegentliche Todesfälle bei der Kaufmann - Methode, für die die größere Aufregung als Ursache nicht unmöglich ist; vielleicht aber ist die tödliche des durchs Herz gehenden Stromteils individuell verschieden (angeblich auch beim Status lymphaticus maßgebend). — Die Hilfe bei Starkstromtod steckt noch in den ersten Anfängen. Es ist falsch, die Hilfe nur in künstlicher Atmung zu suchen, doch ist dieselbe nicht unentbehrlich, daneben Herzmassage. Solche am freigelegten Herzen, wie sie sich

experimentell als wichtig erweist, ist praktisch wertlos. Zuweilen helfen hochgespannte Wechselströme möglichst bald nach Eintritt des Flimmerns, von deren weiterem Studium B. sich Erfolge verspricht.

Kellner (Hubertusburg).

296. **Über das Herzblut nach dem Ertrinkungstod;** von Kall. (Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med. Bd. 55. H. 2. S. 260—304. 1918.)

Gegenüber der bisherigen Ansicht, daß Blutgerinnung nach dem Ertrinkungstod zu den Ausnahmen gehöre, kommt K. auf Grund des Studiums des Materials des gerichtlich-medizinischen Institutes zu Wien aus den Jahren 1875—1915 zu dem Schluß, daß etwa in $^1/_4$ der Fälle Gerinnung des Herzblutes zu beobachten ist, bei jüngeren Personen häufiger als bei älteren, bei Säuglingen etwa in $^1/_5$ der Fälle, auch scheint die kalte Jahreszeit auf den Eintritt der Gerinnung von Einfluß zu sein. Sie nimmt nach dem Tode mehr und mehr zu, besteht selbst dann noch, wenn sich Fäulnis schon bemerkbar macht, so daß der Zeitpunkt der Obduktion wesentlich wird und scheint in den Herzen zu beginnen.

Für den Eintritt der Gerinnung gibt das Vorhandensein des Verdauungszustandes keine Erklärung, dieser scheint jene vielmehr eher zu hemmen. Eine physiologische oder pathologische Hyperleukozytose fördert nach K.s Ansicht die Gerinnung nicht, auch ist eine Hyperleukozytose nicht anzunehmen, die sich auch experimentell durch Ertrinkungsvornahme nicht nachweisen ließ. Die Gerinnung ist lediglich eine kadaveröse Erscheinung.

Kellner (Hubertusburg).

297. **Gewaltsamer oder natürlicher Tod?** von Engelmann. (Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med. Bd. 55. H. 2. S. 170. 1918.)

Die Sektion eines 42jährigen Landsturmmannes, der in Gegenwart verschiedener Kameraden unter sehr lebhaften Herzbeschwerden verschied, ergab das Vorhandensein verschiedener, Strangulationsfurchen ähnlicher Veränderungen am Halse sowie einen Querriß der Innenhaut der Halsschlagader. Die Obduzenten gaben ihr Gutachten auf Tod durch Erhängen ab. Zeugeneidliche Vernehmung ergab Ausschluß jeder dahin zielenden Handlung, auch war der Verstorbene $^1/_2$ Stunde vor dem Tode untersucht. Ein Obergutachten schloß sich später dem Sektionsgutachten an, obwohl Blutaustritte an der „Strangulationsfurche" fehlten. Erst unter dem Eindruck der jede Gewalthandlung ausschließenden Zeugenaussagen gab der Obergutachter seinen Standpunkt auf. Die Einrisse an der Schlagaderinnenhaut sowie die Furche am Halse blieben unaufgeklärt.

Kellner (Hubertusburg).

298. **Über serbische Fruchtabtreibungsmittel;** von Lehner. (Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med. Bd. 55. H. 2. S. 177. 1918.)

L. hatte als Chemiker in einem Epidemielaboratorium der Südostfront Gelegenheit zu Untersuchungen. Zur Fruchtabtreibung wurden benutzt: Knoten des Unterleibes, seichte Fuß-(Senf-)bäder, Blasenstich (mit Tabakrippen!), außerdem Kupfer- und Bleisalze, von Pflanzen besonders die starkriechenden und rotblühenden. Als neu wurden bei Hebammen beschlagnahmt Aufschwemmungen von Indigo sowie von Berliner Blau mit Chlorammoniumzusatz. — Indigo, gegen Amenorrhöe empfohlen (Kobert), verursacht bei längerem Gebrauch Nierenschmerzen, Tachykardie und Muskelzuckungen. Berliner Blau kann zu Blutungen also auch zu Uterusblutungen führen, dürfte jedoch kaum Abort verursachen, eher das beimischte Chlorammonium, das als Reizmittel für die Vasomotoren bekannt ist. In einem forensischen Fall trat durch den Genuß desselben Abort ein.

Kellner (Hubertusburg)

299. **Die Lochbrüche des Schädels und ihre Bedeutung für den Gerichtsarzt;** von Hallenberger. (Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med. Bd. 55. H. 2. 1918.)

Bei Besprechung der verschiedenen Theorien über die Ursache der charakteristischen Form der Lochbrüche (Bergmann, Paltauf, Spien, Hecht) entscheidet sich H. für die der Gebrüder Marx, welche die klassische Form der Lochbrüche auf Spannungen zurückführen, die in den durchschossenen Knochenplatten entstehen und dann Moleküle vorschieben. Die größere Zerstörung der der Krafteinwirkung abgewandten Knochenlamelle entsteht durch die starke Zugspannung gegenüber der Druckspannung der anderen Seite. — Lochbrüche entstehen durch Fall oder Schlag auf oder mit Gegenständen von 14—16 qcm Fläche, bei größerer Angriffsfläche kommen weitergehende Zertrümmerungen zustande. Je scharfkandiger das Instrument, je heftiger der Schlag, je dünner die Knochenwand ist, desto mehr entspricht das Loch der Form des Werkzeuges. An Nasenwurzel, Jochbogen, Augenbrauenwülsten, Schläfenbeinplatten entstehen keine Lochbrüche, sondern nur Zertrümmerungen unregelmäßiger Gestalt. Bei schräg auffallender Gewalteinwirkung läßt sich aus der Richtung der größeren Zertrümmerung des inneren Knochens die Richtung der Gewalteinwirkung mutmaßen; doch sind hier verschiedene Möglichkeiten zu berücksichtigen, so daß Vorsicht am Platze ist. — Die Haare erleiden verschiedene Veränderungen: bei ebener Gewalteinrichtung lang ausgedehnte Verbreiterung derselben, bei stumpfer entstehen spindelförmige Quetschungen des Schaftes, bei spitzen Instrumenten rechtwinkelig abgebogene oder geschweifte Formen.

Kellner (Hubertusburg).

300. **Der Fall Speichert, aktenmäßig dargestellt und mit epikritischen Bemerkungen versehen;** von A. Lesser. (Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med. Bd. 55. H. 2. 1918.)

Speichert wurde 1876 wegen der im Jahre 1875 mittels Arsenik erfolgten Vergiftung seiner Ehefrau verurteilt. Arsen fand sich nämlich bei der durch Sonnenschein vorgenommenen Untersuchung im Magen der nach Jahresfrist exhumierten Leiche, wobei sich diese als mumifiziert erwies; dagegen fand sich kein Arsen in der umgebenden Kirchhofserde, noch in der in geringer Menge zur Verfügung gestellten Leichengewandung. Nach 10 Jahren erneute Exhumierung. Jetzt fand Hofmann Arsen in der umgebenden wie entfernteren Kirchhofserde, ebenso in den Seidenresten der Leichengewandung sowie Spuren in den Knochen. Hofmann schließt, daß das in den Knochen aufgefundene Arsen ebenso wie aus dem Boden aus dem Sterbekleid der Verstorbenen in jene gelangt sein können. Trotz dieses neuen Befundes wurde dem Verurteilten die Wiederaufnahme des Verfahrens ohne Zuziehung eines neuen ärztlichen Sachverständigen abgelehnt. In der Epikrise gelangt L. zu dem Schluß, daß aus Sektion und chemischer Untersuchung sich ein sicherer Schluß auf die Todesursache nicht ergebe. Ob eine nach den klinischen Erscheinungen mögliche Strychnin- oder andere Vergiftung vorgelegen hat, ließ sich nach Jahresfrist nicht feststellen.

Der Fall ist deshalb bemerkenswert, weil außer den schon Genannten Männer als Untersucher und

Begutachter tätig waren, die wie Robert Koch, Leiner, Bischoff, Lönig als Autoritäten bekannt sind.
Kellner (Hubertusburg).

301. **Selbstmorde und Selbstmordversuche durch Gift in der Stadt Hamburg in den Jahren 1904—1917**; von Sieveking. (Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med. Bd. 56. H. 1. 1918.)

Statistische Tabelle nur auf Art des benutzten Giftes in den einzelnen Jahren bezüglich. 318 Männer und 694 Frauen. Am meisten wurde benutzt Lysol (112 männliche und 313 weibliche), dann Kleesalz (22 : 138), Salzsäure (22 : 48), Zyankali (39 : 10), Veronal (10 : 35), Morphium (22 : 16), Sublimat (14 : 31). Von absonderlichen Mitteln sei Salvarsan (1 mal), Sandelöl (1 mal), Waschblau (2 weibliche) erwähnt.
Kellner (Hubertusburg).

C. Bücherbesprechungen.

13. **Schlafen und Träumen**; von Fischer-Defoy. Stuttgart 1918. Franckhs Verlag. 91 S. (1 Mk. 25 Pf.)

Ein Büchlein über die Schlaf- und Traumwelt, als Anlage zum Kosmos, welches für den Laien geschrieben. Es führt mancherlei Wissenswerte auf und regt an, sich verständig mit den Träumen zu beschäftigen, soweit sie festzuhalten sind. Der Wert derselben wird wohl immer überschätzt werden und die Träume stets ein beliebtes Thema bleiben. Das Heftchen bringt dem Laien allerhand.
von Noorden (Bad Homburg).

14. **Die methodische Gastrointestinalpalpation und ihre Ergebnisse**; von Theodor Hausmann. Zweite Aufl. d. method. Intestinalpalpation. Herausgeg. von E. Fuld. Berlin 1918. S. Karger. Mit 80 Abbild. u. 10 Tafeln. (Brosch. 16 Mk., geb. 19 Mk.)

Die zweite Auflage des geschätzten Werkes wird von Fuld herausgegeben, weil H. zu Anfang des Krieges gezwungen war nach Rußland, seiner Heimat, zurückzukehren und nur einen kleinen Teil der Korrektur selbst besorgen konnte. F. übernahm die Aufgabe um so lieber, da seines Erachtens die Palpation viel zu wenig ausgeübt wird und ihre Resultate namentlich zu niedrig eingeschätzt werden. Wesentliche Änderungen hat F. an dem H.schen Manuskript nicht vorgenommen. Kadner (Dresden-Loschwitz).

15. **Feststellung und Behandlung der tuberkulösen Infektion mittels antitoxischer Heilkörper**; von E. Wein. Wien 1918. Urban & Schwarzenberg. 608 S. (Broch. 25 Mk., geb. 27 Mk.)

In einem allgemeinen Teil wird zuerst die Spezifität der antitoxischen Mittel und das Erkennen der ersten Äußerungen tuberkulöser Infektion erörtert. Sodann wird die Wirkung der Tuberkuline und der antitoxischen Mittel (Marmoreksches Serum, Spenglers I. K.) behandelt und miteinander verglichen. Allgemeine Fragen der antitoxischen Behandlung, und der Immunisierung beschließen diesen Teil.

In dem speziellen Teil wird die Herstellung, Anwendungsweise und das Verwendungsgebiet von I. K. ausführlich erörtert, besonders auch die Anwendung bei den verschiedensten klinischen Formen der Tuberkulose. Zum Schluß folgt ein Verzeichnis der zahlreichen, im Text des speziellen Teiles angeführten Krankengeschichten mit kurzer Inhaltsangabe. W. tritt für die diagnostische und zum Teil auch therapeutische Verwertbarkeit des Spenglerschen Immunkörpers ein.
Fränkel (Heidelberg).

16. **Lehrbuch der spezifischen Diagnostik und Therapie der Lungenkrankheiten**; von Bandelier und Roepke. 9. Aufl. Würzburg u. Leipzig 1918. C. Kabitzsch. 448 S. mit 25 Temperaturkurven, 2 farb. lith. Taf. u. 6 Textabbild. (Brosch. 16 Mk., geb. 18 Mk. 40 Pf.)

Auch die neue Auflage des bekannten Buches ist für jeden, der sich mit spezifischer Tuberkulosediagnostik und Therapie beschäftigt, unentbehrlich. Sie bringt in kritischer Darstellung die Bewertung der verschiedenen Methoden und ihrer theoretischen Begründung, wobei sich B. u. R. auf eine eingehende Literaturkenntnis und große eigene Erfahrungen stützen. Die diagnostische und therapeutische Anwendung des Tuberkulins wird auf das Wärmste empfohlen. Insbesondere wird die Notwendigkeit hervorgehoben, das Tuberkulin auch in die Allgemeinpraxis des praktischen Arztes einzuführen, da es bei vorsichtiger Anwendung unschädlich ist und einen wichtigen Faktor im Kampf gegen die Tuberkulose darstellt.
Fränkel (Heidelberg).

17. **Pathogenese der Tuberkulose**; von J. Bartel. Wien 1918. Urban & Schwarzenberg. 80 S. Mit einem Anhang der Tuberkelbazillus von W. Neumann. (Brosch. 5 Mk.)

Mit der rein ätiologischen und bakteriologischen Klärung der Tuberkuloseentstehung durch Auffindung des Erregers sind die Fragen nach den Ursachen der tuberkulösen Erkrankungsformen noch nicht beantwortet. Die Lokalisation, die Art und Ausdehnung des tuberkulösen Prozesses, die Eintrittspforten des Erregers, die Disposition des Organismus, das Konstitutionsproblem werden nach biologischen und anatomischen Gesichtspunkten erörtert. Auch die Frage der Perlsuchtinfektion mit dem Typus bovinus, sowie die des hauptsächlich gefährdeten Lebensalters wird erwogen. Die wechselseitigen Beziehungen zwischen dem Erreger und dem infizierten Organismus bedürfen noch eines eingehenden Studiums.

In einem Anhang von Neumann wird die Morphologie und Biologie der Tuberkelbazillen und der ganzen Gruppe der säurefesten Bazillen behandelt.
Fränkel (Heidelberg).

18. **Therapie der Haut- und venerischen Krankheiten**; von J. Schäffer. Dritte vermehrte und verbesserte Aufl. Berlin und Wien 1918. Urban & Schwarzenberg. (Geb. 15 Mk.)

Wenn ein Buch nach 3 Jahren bereits zum dritten Male neuaufgelegt wird, dann muß sein Erscheinen

einem Bedürfnis entsprochen haben; und in der Tat fehlte ja in der deutschen Literatur bis dahin ein etwas eingehenderes Werkchen, das sich ausschließlich mit der Therapie des Dermato-Venerologen beschäftigte. Sch.s Therapie der Haut- und venerischen Krankheiten hat daher von Anfang an freundliche Aufnahme gefunden. Und es ist zu erwarten, daß auch die vorliegende 3. Auflage bald aufgenommen sein wird. Kommt sie auch nicht in so schönem Gewande, wie die erste — Einband, Papier stehen in ihrer Güte kriegsmäßig etwas zurück —, so ist doch der Inhalt um 18 Seiten vermehrt und vielfach verbessert; — und das ist ja schließlich die Hauptsache. Neuere Mittel (Ersatz-Stoffe) waren zu berücksichtigen, bei der Röntgentherapie mußte den gefilterten Strahlen Rechnung getragen werden, auch manche Salben-Rezepte bedurften einer kriegsmäßigen Abänderung, wenn auch natürlich nicht im ganzen Buche bei den Rezepten auf die schönen Fette der Friedenszeit verzichtet werden konnte. Auch diese werden ja mal wieder zu erlangen sein, und ein solches Buch soll wohl alles Gute bis zum Augenblick berücksichtigen, aber nicht *nur* den Augenblick. Da sich unsere Syphilistherapie bewährt hat, so konnten die Richtungslinien für das Vorgehen in der Praxis schärfer gezogen werden. So ist das Buch also völlig modernisiert. Der Preis — wenn auch 50% höher als bei der ersten Auflage — ist entsprechend den Zeitverhältnissen nicht zu hoch. Brauns (Dessau).

19. **Atlas der Kriegsaugenheilkunde samt begleitendem Text;** von A. v. Szily in Freiburg. Sammlung der kriegsophthalmologischen Beobachtungen und Erfahrungen aus der Universitäts-Augenklinik in Freiburg. Stuttgart 1917 u. 1918. Verlag von Ferdinand Enke. Zweite Lieferung Bog. 14 bis 26 u. Taf. XVI—XLVII) (20 Mk.). Dritte Lieferung (Bog. 27—45 u. Taf. XLVIII bis LXXVII) (36 Mk.).

Jetzt liegt mit der zweiten und dritten Lieferung das prächtige Werk vollendet vor und entspricht ganz den hochgespannten Erwartungen, die man nach dem Erscheinen der ersten Lieferung hegen konnte. An Ausstattung in Druck, Papier und schwarzen und farbigen Abbildungen übertrifft es weit den üblichen Durchschnitt. „Daß ferner mit dem v. Szilyschen Buch nicht allein ein Bilderwerk geschaffen ist, sondern daß hier von ihm auch zahlreiche Beobachtungen und Untersuchungen niedergelegt sind, welche in Bild und Text zu diesem Gebiet einen wissenschaftlichen Beitrag darstellen, wird der Leser unschwer erkennen", sagt Axenfeld in seinem Begleitwort und dürfte keinem berechtigten Widerspruch begegnen. Die 16 Kapitel enthalten über Schädelverletzungen und Auge, Orbitalverletzungen, Augenverletzungen direkte und fortgeleitete, metastatische Ophthalmie, intraokulare Fremdkörper und Infektionen, Konturschüsse, Kontusionen und Luftstreifschüsse mit nachfolgenden makularen Veränderungen, über Kampfgaserkrankungen, über organische Läsionen der Motilität und Sensibilität nebst Bemerkungen über psychisch - gnostische Ausfallserscheinungen bei Gehirnschüssen, über psychogene Kriegsneurosen klare gutuntersuchte Beispiele mit vorzüglichen belehrenden Bildern und fesselnde wissenschaftliche Betrachtungen. In den beiden letzten Kapiteln bespricht v. S. die Verwundungen der Nasennebenhöhlen und der Tränenableitungswege und ausführlich die plastischen Operationen an Kriegsverwundeten. Die Hemianopsien nehmen ein eignes Kapitel in Anspruch, ebenso die Kriegserblindungen. Jedem Kapitel ist ein Literaturverzeichnis beigefügt. — Sowohl die in der Kriegsophthalmologie erfahrenen Augenärzte, wie diejenigen, welche keine Gelegenheit hatten, eigene Erfahrungen auf diesem Gebiete zu sammeln, werden Anregung und Belehrung aus dem Atlas schöpfen können.

Schoeler (Berlin).

20. **Premières heures du blessé de guerre, du trou d'obus au poste des secours;** von P. Bertein und A. Niemier. Paris 1918. Verlag Masson et Cie. (Collection Horizon.) 144 S. mit 50 Abbild. (4.40 Frs.)

Nicht in der Art der gewöhnlichen Bändchen über erste Hilfe in Unglücksfällen, es gibt weniger, mehr und etwas anderes. Es handelt nur über Verwundungen, aber darüber umfassend, mit Wiedergabe persönlicher Erfahrungen, Literaturstellen usw. Es richtet sich nicht an die Laien, sondern nur an den Arzt, besonders an den Sanitätsoffizier in der vorderen Linie. Es werden nicht der Reihe nach alle möglichen Verwundungen und deren Behandlung besprochen, sondern der Leser wird mit zum Schlachtfelde geführt, zum „Poste de secours avancé" und es wird ihm eine Einsicht gegeben in was dort zu geschehen hat während der „periodes de guerre à front stable" und während der Anfallsperioden. Weniger die Wunde selbst als der Verwundete bildet Gegenstand der Besprechung. Der Stil ist der einer lebendigen Schilderung, und in angenehmer Weise bekommt man sehr viel Nützliches zu hören. Vom Verbandpäckchen wird gesagt: „Ce pansement a surtout une action morale; son action réelle thérapeutique est, peut-on dire, nulle." Die Verbandsstellen sind bombensicher anzulegen; die Rote-Kreuz-Flagge allein schützt nicht gegen feindliches Feuer: „sur le champ de bataille moderne la convention de Genève n'existe pas." Lamers (Herzogenbusch).

21. **Repetitorium der Massage;** von Otto Kaiserling. 2. Aufl. [Breitensteins Repetitorium H. 50.] Leipzig 1917. Joh. Ambr. Barth. 31 S. (1 Mk.)

Die vorliegende 2. Aufl. aus der bekannten Repetitoriensammlung enthält die Vorzüge der ersten. Durch knappe und übersichtliche Gliederung des Stoffes reiht sich das Heft den übrigen der Sammlung als ein empfehlenswertes Vademekum für Studierende und Ärzte ein. Kautz (Hamburg).

22. **Repetitorium der Arzneiverordnungslehre zum Gebrauche für Studierende der Medizin sowie als Handbuch für den praktischen Arzt;** von A. Schwarz. Dritte Aufl. [Breitensteins Repetitorium Nr. 4.] Leipzig 1918. Joh. Ambr. Barth. 243 S. (Brosch. 6 Mk., geb. 6 Mk. 60 Pf.)

Das handliche Buch, das sich gut in der Tasche unterbringen läßt, hat schon eine Laufbahn hinter sich. Die neue Auflage wird sich neue Freunde gewinnen. Als Grundlage für das Buch ist das jetzt gültige „Deutsche Arzneibuch", 5. Auflage, benutzt worden, „damit es auch den Bedürfnissen des praktischen Arztes nach Möglichkeit gerecht wird". Es enthält die Formulare magistraler Bestimmungen für die Kassenpraxis. Es ist versucht worden, auch die Bedürfnisse der Studierenden für die Prüfungen in kurzer und doch möglichst umfassender Weise zu befriedigen. Diese Versprechungen des Verfassers sind gut gehalten worden.

Kadner (Dresden-Loschwitz).

23. **Neuere Arzneimittel, ihre Zusammensetzung, Wirkung und Anwendung;** von C. Bachem. Samml. Goeschen. Zweite verb. Aufl. 1918. 146 S. (1 Mk. 25 Pf.)

Gewiß jedem Arzt ein sehr willkommenes Büchlein, gibt es doch Gelegenheit, Rückblick und Umschau auf dem modernen Medikamentenmarkt in Schnelligkeit zu halten. Die Zusammenfügung nach klinischen Gesichtspunkten war erwünscht, anderseits erlaubt das Sachregister ein schnelles Auffinden. Wem größere Werke nicht zur Verfügung stehen, wird das Werk dankbarst und als äußerst wertvolle Beihilfe auf den Wegen der Praxis begrüßen. Gerade für den praktischen Arzt ist es geschrieben und an Größe und Format zugeschnitten. Dauernde zeitweise Neuauflagen mit Verarbeitung des Neuen und Ausmerzen des Alten sind wohl gesichert. Einige leere Blätter sollten eingeheftet sein für Nachträge.

von Noorden (Bad Homburg).

24. **Gehes Kodex der Bezeichnungen von Arzneimitteln usw.;** Nachtrag zur zweiten Aufl. Dresden 1918. Selbstverlag Gehe & Co. 115 S.

Die Zusammenstellung der (alphabetisch geordneten) Mittel zeigt, daß die Produktion pharmazeutischer Präparate auch während des Krieges nicht geruht hat. Viele davon, die sog. Ersatzmittel, verdanken sogar der Kriegszeit ihre Existenz. Die Zusammensetzung und Anwendungsweise ist fast überall genannt. Zur schnellen Orientierung über die neuesten Heilmittel und Spezialitäten geeignet.

Bachem (Bonn).

25. **Geneeskundige volksprenten in de Nederlanden;** von J. G. de Lint. Gorinchem 1918. J. Noorduyn en Zoon. Mit 77 Abbild.

De dokter in de oude Nederlandsche tooneelliteratur; von J. B. F. van Gils. Haarlem 1917. De Erven F. Bohn. Mit 17 Abbild.

Zwei holländische Dissertationen auf kulturhistorischem Gebiete, für die auch außerhalb der engen Landesgrenzen Interesse bestehen dürfte.

de Lint sammelte alles an holländischen volkstümlichen Blättern, was sich auf den Arzt, seinen Beruf und die Geschichte seines Faches bezieht. Holland war in früheren Jahren an derartigen Abbildungen sehr reich. Im ersten Kapitel behandelt er die Spottbilder auf politische Ereignisse mit ärztlichen Darstellungen. Im zweiten Spottbilder, die sich auf den ärztlichen Stand beziehen. Im dritten reproduziert und bespricht er Abbildungen pathologischer Fälle, wie verschiedene Erkrankungen, Blasensteine, Zwerge und Riesen, Monstra und andere körperliche Abnormitäten. Schließlich sind hinzugefügt mehrere Blätter, die sich auf Charlatane beziehen und solche, die zur Belehrung des Publikums herausgegeben wurden.

Demjenigen, der sich für die Geschichte des ärztlichen Berufes interessiert, wird die Durchsicht der Arbeit de Lints sicher große Freude bereiten.

van Gils beschäftigte sich mit der Rolle des Arztes in der holländischen Bühnenliteratur bis 1750. Er bringt den Beweis, daß die komischen Figuren nicht Charlatane vorstellen sollten, wie bis jetzt angenommen wurde, sondern in der Tat unsere richtigen älteren Kollegen. Im 16. Jahrhundert kommt die Bühnenfigur des Arztes noch ziemlich gut davon, im 17. und 18. jedoch spielt der Arzt meistens eine komische, niemals eine erbauliche Rolle. Weitere Kapitel behandeln das Auftreten der alten Ärzte den Patienten gegenüber, wie die Aufnahme der Anamnese, die Diagnosestellung und die Therapie, ferner das Doktorhonorar und die Kollegen und Konkurrenten. Ein Anhang enthält das Verzeichnis der besprochenen Stücke. Auch diese für die Interessenten eine sehr lesenswerte Arbeit.

Lamers (Herzogenbusch).

Büchereingänge.

Alle der Redaktion zur Besprechung eingesandten Bücher werden hier aufgeführt. Eine anderweitige Verpflichtung kann die Redaktion nicht eingehen; sie behält sich in jedem Falle die Besprechung des Buches vor.

Becker, R., Die Nervosität bei den Juden. Ein Beitrag zur Rassenpsychiatrie für Ärzte und gebildete Laien. Zürich 1919. Orell Füßli. 31 S. (2 Mk.)

Brugsch, Th., und **A. Schittenhelm,** Lehrbuch klinischer Untersuchungsmethoden für Studierende und Ärzte. 4. vermehrte u. verbesserte Auflage. Wien 1918. Urban & Schwarzenberg. 900 S. mit 388 teils farbigen Textabbild. u. 12 teils farbigen Tafeln. (Geb. 33 Mk., brosch. 30 Mk.)

Caemmerer, Ch. von, Berufsberatung in Krankenpflege und Fürsorge. Leipzig 1918. Naturwissenschaften G. m. b. H. S. 1—108.

Dornblüth, O., Klinisches Wörterbuch. 8. Auflage. Leipzig 1919. Veit & Comp. 388 S. (8 Mk. 75 Pf.)

Dresel, E. G., Soziale Fürsorge. Eine Übersicht für Studierende und sozial Tätige. Berlin 1918. S. Karger. 225 S. (Geh. 11 Mk., geb. 13 Mk. 50 Pf.)

Faulhaber, M., Die Röntgendiagnostik der Darmkrankheiten. 2. stark vermehrte u. verbesserte Auflage von Dr. *L. Katz*. (Samml. zwangl. Abhandl. a. d. Geb. d. Verdauungs- u. Stoffwechselkrankheiten. 5. Bd. H. 1.) Halle 1918. Carl Marhold. 78 S. mit 36 Abb. im Text. (3 Mk.)

Fischl, R., Über akute Anginen im Kindesalter. (Mitteil. a. d. Geb. d. Kinderheilkunde für d. Praxis H. 2.) Leipzig 1919. Repertorienverlag. 28 S. (1 Mk. 44 Pf.)

Forel, A., Der Hypnotismus oder die Suggestion und die Psychotherapie. Ihre psychologische, psychophysiologische und medizinische Bedeutung mit Einschluß der Psychanalyse sowie der Telepathiefrage. Ein Lehrbuch für Studierende sowie für weitere Kreise. 7. umgearbeitete Auflage. Stuttgart 1918. Ferd. Enke. 355 S. (12 Mk.)

Frösch, E., Zur Pathogenese der Coxa vara. Zürich 1918. Speidel & Wurzel. 89 S. mit 24 Lichtdruck-Tafeln. (8 Mk.)

Fuchs, D., Praktische Hygiene und Bekämpfung der Infektionskrankheiten im Felde. Wien 1918. Wilhelm Braumüller. 223 S. mit 29 Skizzen u. Abb. (9 Mk. 60 Pf.)

Gehes Codex, Nachtrag zu den Bezeichnungen von Arzneimitteln, kosmetischen Präparaten und wichtigen technischen Produkten. Dresden 1918. Gehe & Co. A.-G. 115 S.

Horn, P., Über nervöse Erkrankungen nach Eisenbahnunfällen mit besonderer Berücksichtigung von Verlauf und Entschädigung. Mit einem Vorwort von Dr. *Th. Rumpf*. 2. völlig umgearb. u. erweiterte Auflage. Bonn 1919. A. Marcus & E. Webers Verlag. 174 S. (Geh. 9 Mk., geb. 10 Mk. 80 Pf.)

Kohnstamm, O., Medizinische und philosophische Ergebnisse aus der Methode der hypnotischen Selbst-

besinnung. München 1918. Ernst Reinhardt. 35 S. (1 Mk. 80 Pf.)

Medizinal-Kalender 1919. Berlin 1919. August Hirschwald. 1. Abteil. Kalendarium mit 2 Beiheften. 1. Beiheft S. 1—270; 2. Beiheft S. 271—462. 2. Abteil. Medizinalkalender (Personalien). 682 S.

Moritz, F., Über vereinfachte Handhabung der Kalorienwerte bei praktischen Ernährungsfragen. (Zum Gebrauch für Ärzte, besonders auch in Krankenanstalten und Sanatorien, für private, kommunale und staatliche Verwaltungsorgane sowie für gebildete Laien.) München 1919. J. F. Lehmanns Verlag. (2 Mk. 20 Pf.)

Munk, F., Pathologie und Klinik der Nephrosen, Nephritiden und Schrumpfnieren. Einführung in die moderne klinische Nierenpathologie. Wien 1918. Urban & Schwarzenberg. 368 S. mit 27 Textfig. u. 4 farb. Tafeln. (Geh. 18 Mk., geb. 20 Mk.)

Oczeret, H., Die Nervosität als Problem des modernen Menschen. Ein Beitrag zur psychologischen Weltbetrachtung. Zürich 1918. Orell Füßli. 95 S. (4 Mk.)

Öhnell, H., Kliniska och Bakteriologiska Bidrag till Kännedom om Dysenterien i Sverige. Stockholm 1918. Isaac Marcus. Bocktryckeri A.-G.

Pfennig, R., Grundzüge der Fließschen Periodenrechnung. Wien 1918. Franz Deuticke. 134 S. (6 Mk.)

Placzek, Dr., Freundschaft und Sexualität. Bonn 1919. A. Marcus & E. Webers Verlag. 4. wieder erweiterte Auflage, 7.—9. Tausend. 157. S. (Geh. 4 Mk. geb. 5 Mk. 75 Pf.)

Prescher, J., und **V. Rabs,** Bakteriologisch-chemisches Praktikum. Die wichtigsten bakteriologischen und klinisch-chemischen Untersuchungsverfahren für Apotheker und Ärzte, mit einer Auswahl nahrungsmittelchemischer Arbeitsmethoden. Leipzig 1918. Curt Kabitzsch. III. Aufl. 324 S. mit 58 Abbild. im Text und 4 Tafeln.

Schnirer, Dr. M. T., Taschenbuch der Therapie. Leipzig 1919. Verl. von Curt Kabitzsch. 452 S. (Geb. 5 Mk. 20 Pf.)

Schultze, E., Die Prostitution bei den gelben Völkern. (Abhandlungen aus dem Gebiete der Sexualforschung. Bd. I. H. 2.) Bonn 1918. A. Marcus & E. Webers Verlag. 46 S. (Einzelpreis 3 Mk. 20 Pf., Vorzugspreis 2 Mk. 40 Pf.)

Schütz, J., Grundzüge der Heilquellenlehre und ihrer Anwendung in der ärztlichen Praxis. Wien 1919. Moritz Perles. 288 S.

Tesdorpf, P., Die Krankheit Wilhelms II. München 1919. J. F. Lehmann. 34 S. (1 Mk.)

Winge, P., Der menschliche Gonochorismus und die historische Wissenschaft. (Abhandlungen aus dem Gebiete der Sexualforschung. Bd. I. H. 3.) Bonn 1918. A. Marcus & E. Webers Verlag. 38 S. (Einzelpreis 2 Mk. 80 Pf., Vorzugspreis 2 Mk. 10 Pf.)

D. Medizinische Bibliographie des In- u. Auslands.

(Vom 1. November 1918 bis 31. Januar 1919.)

1. Anatomie.

Backmann, G., Bidrag till kännedomen an morfologien a baksidan av underkäkens symfysregion. Hygiea Bd. 80. H. 23. S. 1345.

Barth, M., Über die funktionelle Struktur des Oberkieferapparates bei Neuweltaffen. Anat. Hefte Bd. 56. H. 1 u. 2. S. 171.

Baum, H., Lassen sich aus dem anatomischen Verhalten des Lymphgefäßsystems einer Tierart Schlüsse auf dasjenige anderer Tierarten ziehen? Unterschiede im Lymphgefäßsystem zwischen Rind und Hund. Anat. Anz. Nr. 16. S. 401.

Böker, H., Die Entwicklung der Trachea bei Lacerta agilis. Arch. f. Anat. H. 1. S. 1. — Arch. f. Phys. H. 1. S. 1.

Boruttau, H., Über neuere Gehirnforschung. Hyg Nr. 18. S. 153.

Cords, E., Über die Herkunft des Ohrenknorpels der Monotremen. Anat. Hefte Bd. 56. H. 1 u. 2. S. 243.

Forster, A., Zur Anatomie der primären Peritoneumfalten des Zäkalapparates und der Recessus ileocaecalis. Anat. Hefte Bd. 56. H. 1 u. 2. S. 1. 1919.

Frey, H., Über die Bedeutung der Costa decima fluctuans. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 44. S. 1463.

Grünbaum, R., Anatomische Galvanisation. Wien. klin. Woch. Nr. 48. S. 1278.

Gutherz, S., Zur Lehre vom Ursprung der tierischen Keimzellen. Arch. f. mikrosk. Anat. Bd. 92. H. 1 u. 2. S. 1.

Magnusson, H., Geschlechtslose Zwillinge. Eine gewöhnliche Form von Hermaphroditismus beim Rinde. Arch. f. Anat. H. 1. S. 29. — Arch. f. Phys. H. 1. S. 29.

Meves, F., Die Plastosomentheorie der Vererbung. Eine Antwort auf verschiedene Einwände. Arch. f. mikrosk. Anat. Bd. 92. H. 1 u. 2. S. 41.

Ramström, M., Untersuchungen über die Innervation des Caput mediale tricipitis brachii. Anat. Anz. Nr. 16. S. 421.

Schreiner, K. E., Zur Kenntnis der Zellgranula. Untersuchungen über den feineren Bau der Haut von Myxine glutinosa. Arch. f. mikrosk. Anat. Bd. 92. H. 1 u. 2. S. 1.

Stieve, H., Die Entwicklung des Eierstockseies der Dohle (Colaeus monedula). Ein Beitrag zur Frage nach den physiologischerweise im Ovar stattfindenden Rückbildungsvorgängen. Arch. f. mikrosk. Anat. Bd. 92. H. 1 u. 2. S. 137.

Veit, O., Kopfganglienleisten bei einem menschlichen Embryo von 8 Somitenpaaren. Anat. Hefte Bd. 56. H. 1 u. 2. S. 305.

2. Physiologie.

Abderhalden, E., und H. Schaumann, Beitrag zur Kenntnis von organischen Nahrungsstoffen mit spezifischer Wirkung. Pflügers Arch. Bd. 127. S. 1.

Alder, A., Viskosimetrische Blutkörperchenvolumenbestimmung. Studien über Größe und Hämoglobinfüllung der Erythrozyten. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 42. S. 1405.

Alrutz, G., En ny art av stralning fran den mänskliga organismen. Hygiea Bd. 80. H. 24. S. 1393.

Amsler, C., und E. P. Pick, Über den Einfluß der Temperatur auf die Reizbildungsstätten und die Reizleitung im Froschherzen. Arch. f. exper. Path. u. Pharm. Bd. 84. H. 4 u. 5. S. 234.

Basler, Über den Blutdruck in den Kapillaren der menschlichen Haut. Münchn. med. Woch. Nr. 48. S. 1340.

Boer, S. de, und A. Fröhlich, Die elektrischen Erscheinungen während der Kontraktur des

Froschherzens. Arch. f. exper. Path. u. Pharm. Bd. 84. H. 4 u. 5. S. 273.

Böhm, M., Der Musculus triceps als Kraftquelle. Münchn. med. Woch. Nr. 48. S. 1351.

Boruttau, H., Über das Kammerflimmern des überlebenden Warmblüterherzens und seine Beeinflussung. Zeitschr. f. exper. Path. u. Ther. Bd. 20. H. 1. S. 44. 1919.

Bühler, Ch., Über Gedankenentstehung. Experimentelle Untersuchungen zur Denkpsychologie. Zeitschr. f. Psych. u. Phys. d. Sinnesorg. Bd. 80. Abt. 1. H. 4—6. S. 129.

Crotti, A., Thyroid and thymus. Philadelphia and New York. Lea and Febriger. 10 Dollar.

Eiger, M., Zur experimentellen Methodik der Untersuchung der vollständig isolierten, überlebenden Drüsen und Organe. Zentralbl. f. Phys. Bd. 33. Nr. 5 u. 6. S. 149.

Einthoven, W., en F. W. N. Hugenholtz, Over het electrocardiogram bij het uitblijven van elke zichtbare samentrekking van het hart. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. Bd. 1. Nr. 4. S. 310.

Fauser, A., Aus dem Gebiet des vegetativen Nervensystems. Württemb. Korr.-Bl. Nr. 48. S. 417.

Fröhlich, A., und E. P. Pick, Untersuchungen über die Giftfestigkeit des Reizleitungssystems und der Kammerautomatie. Arch. f. exper. Path. u. Pharm. Bd. 84. H. 4 u. 5. S. 250.

Fröhlich, A., und E. P. Pick, Über Kontraktur des Froschherzens. Zentralbl. f. Phys. Bd. 33. Nr. 7 u. 8. S. 225.

Gildemeister, M., Bemerkungen zur Theorie des Hörens. Zeitschr. f. Psych. u. Phys. d. Sinnesorg. Bd. 50. Abt. 2. H. 5. S. 253.

Giraud, G., Les groupes sanguins. Presse méd. Nr. 3. S. 21.

Henschen, S. E., Om sinnes-och föreställningscentra i hjärnan. Hygiea Bd. 81. H. 2. S. 49. 1919.

Heß, C. v., Die Akkommodation der Alciopiden, nebst Beiträgen zur Morphologie des Alciopidenauges. Pflügers Arch. Bd. 127. S. 449.

Kidd, P., The Harveian oration on the doctrine of consumption in Harvey's time and to-day. Brit. med. Journ. Nr. 3017.

Klewitz, F., Über eine Methode zur Bestimmung des Schlagvolums bei intaktem Kreislauf. D. Arch. f. klin. Med. Bd. 128. H. 1. S. 51.

Klinger, R., Über den angeblichen Antagonismus von Schilddrüse und Milz. Biochem. Ztschr. Bd. 92. H. 5 u. 6. S. 376.

Kraß, Eine neue Tasttäuschung. Zeitschr. f. Psych. u. Phys. d. Sinnesorg. [II. Sinnesphys.]. Bd. 50. H. 5. S. 252.

Lambert, G., The exercise blood pressure test of myocardial efficiency. Brit. med. Journ. Nr. 3014. S. 366.

Lane, W. A., What are the disabilities and compensations entailed by the reproductive function on the female. Lancet Nr. 4167. S. 622.

Lanz, Temporäre Funktionsausschaltung durch Gefrierung. Münchn. med. Woch. Nr. 52. S. 1467.

Lempicka, W. v., Räumliche Farbenmischung auf der Netzhaut. Zeitschr. f. Psych. u. Phys. d. Sinnesorg. [II. Sinnesphys.] Bd. 50. H. 5. S. 217.

Lindworsky, J., Wahrnehmung und Vorstellung. Zeitschr. f. Psych. u. Phys. d. Sinnesorg. [I. Psych.] Bd. 80. H. 4—6. S. 201.

Lotsy, J. P., Mutatie of krinsing, de oorzaak der evolutie. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 2. Hälfte Nr. 17. S. 1395.

Lubarsch, O., Ursachenforschung, Ursachenbegriff und Bedingungslehre. D. med. Woch. Nr. 1. S. 1.

Messerli, Fr. M., Observations médicales de coureurs de fonds lors d'une épreuve sur route de 21 km 800 m. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 50. S. 1679.

Müller, E. F., Die allgemeine Protoplasmaaktivierung Weichards. (Versuch einer Erklärung.) Med. Klin. Nr. 46. S. 1138.

Nitzesou, J. J., Der Nährwert des neuen und alten Maises. Pflügers Arch. Bd. 127. S. 275.

Palmes, R. G. et A. Hanns, Le phénomène de la „contraction paradonale" ane courants faradiques dans certaines affections organisques du système nerveux. Presse méd. Nr. 71. S. 659.

Peter, K., Über die Funktion des menschlichen Wurmfortsatzes. Münchn. med. Woch. Nr. 48. S. 1335.

Peters, A., Über die sog. sympathische Reizung. Münchn. med. Woch. Nr. 49. S. 1370.

Pietrkowski, G., Leitfähigkeitsmessungen am überlebenden Herzen. Pflügers Arch. Bd. 127. S. 497.

Pütter, A., Studien über physiologische Ähnlichkeit. Pflügers Arch. Bd. 127. S. 367.

Schilder, P., Studien über den Gleichgewichtsapparat. Wien. klin. Woch. Nr. 51. S. 1350.

Schjelderup, K., Über die Abhängigkeit zwischen Empfindung und Reiz. Zeitschr. f. Psych. u. Phys. d. Sinnesorg. [I. Phys.] Bd. 80. H. 4—6. S. 226.

Strohl, A., L'osscillographie arterielle comme procédé d'exploration de l'appareil cardio-vasculaire. Presse méd. Nr. 67. S. 620.

Szymanski, J. S., Die Verteilung von Ruhe und Aktivitätsperioden bei einigen Tierarten. Pflügers Arch. Bd. 127. S. 430.

Vaerting, M., Der Einfluß der männlichen Geistesarbeit auf die biologische Höherentwicklung der Menschheit. Zeitschr. f. Sexualw. Bd. 5. H. 7. S. 225.

Winterstein, H., Der Stoffwechsel der nervösen Zentralorgane. Münchn. med. Woch. Nr. 47. S. 1312.

Zwaardemaker Cz., H., Over de beteekenis der radioactiviteit in het dierlijk leven. Geneesk. Bladen. Bd. 20. H. 9 u. 10. S. 253.

Zwaardemaker Cz., H., Radiobiologie. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 3. S. 239.

3. Physiologische und pathologische Chemie.

Albert, B., Beitrag zur Methodik der Reststickstoffbestimmung im Blute. Biochem. Zeitschr. Bd. 92. H. 5 u. 6. S. 397.

Bang, J., Die Mikrobestimmung der Blutlipoide. Biochem. Zeitschr. Bd. 91. H. 3 u. 4. S. 235.

Bang, J., Ergänzende Bemerkungen über die Mikrobestimmung des Traubenzuckers. Biochem. Zeitschr. Bd. 92. H. 5 u. 6. S. 344.

Bang, J., Über Lipämie IV. Biochem. Zeitschr. Bd. 91. H. 3 u. 4. S. 224.

Baudisch, O., Zur Kenntnis komplexer Eisensalze. Biochem. Zeitschr. Bd. 92. H. 3 u. 4. S. 189.

Becher, E., Über den Rest-N-Gehalt der Organe und Gewebe bei normalen und nephrektomierten Hunden. Zugleich ein Beitrag über das Zustandekommen der Rest-N-Anhäufung im Körper bei völliger Anurie. D. Arch. f. klin. Med. Bd. 128. H. 1. S. 1.

Becher, E., Über den Gehalt der Blasengalle an Reststickstoff und Harnstoff bei nephrektomierten Hunden. D. Arch. f. klin. Med. Bd. 128. H. 1. S. 13.

Boas, Fr., und H. Leberle, Untersuchungen über Säurebildung bei Pilzen und Hefen. Biochem. Zeitschr. Bd. 92. H. 3 u. 4. S. 170.

Bokorny, Th., Notizen über Harnstoff und einige andere N-Quellen der grünen Pflanzen. Pflügers Arch. Bd. 127. S. 466.

Bondi, S., und G. Volk, Über Vereinfachung der Lipasebestimmung im Duodenalinhalt. Wien. klin. Woch. Nr. 6. S. 141.

Bounur, A., und W. vom Dam, Über den Einfluß des Säuregrades der Milch auf die Geschwindigkeit der Abtötung der Peroxydase durch Erhitzen. Biochem. Zeitschr. Bd. 92. H. 5 u. 6. S. 385.

Bornstein, A., Bemerkung zu der Arbeit von *Joh. Feigl,* diese Zeitschr. Bd. 88, S. 53—84, 1918. Biochem. Zeitschr. Bd. 92. H. 3 u. 4. S. 188.

Bönniger, M., Zur Blutanalyse. Zeitschr. f. exper. Path. u. Ther. Bd. 20. H. 1. S. 63. 1919.

Bubanovic, F., Über den Carnosingehalt des normalen und pathologisch veränderten menschlichen Herzmuskels. Biochem. Zeitschr. Bd. 92. H. 3 u. 4. S. 125.

Büdingen, Th., Blutzuckerregelung, respiratorischer Gaswechsel und Körpertemperatur in ihren Beziehungen zu Traubenzuckerinfusionen bei gesunden und kranken Menschen. D. Arch. f. klin. Med. Bd. 128. H. 2. S. 151.

Deutsch, F., Der Indikannachweis im Liquor cerebrospinalis bei echter Urämie. Med. Klin. 1919. Nr. 2. S. 44.

Falter, W., Entgegnung auf *Th. Büdingens* Mitteilung über Blutzuckerregelung, respiratorischen Gaswechsel und Körpertemperatur usw. D. Arch. f. klin. Med. Bd. 128. H. 2. S. 162.

Falter, W., und M. Richter-Quittner, Studien über die Faserstoffgewinnung. I. Über das Vorkommen von gebundenem Chlor im Blutplasma. Biochem. Zeitschr. Bd. 91. H. 5 u. 6. S. 381.

Feigl, J., Neue Untersuchungen zur Chemie des Blutes bei akuter Alkoholintoxikation und bei chronischem Alkoholismus mit besonderer Berücksichtigung der Fette und Lipoide. Chemische Untersuchungen zur Kenntnis der Entwicklung und des Aufbaues von Lipämien. Biochem. Zeitschr. Bd. 92. H. 5 u. 6. S. 282.

Fürth, O. v., und Fr. Bubanović, Untersuchungen über Diffusionsvorgänge in Gallerten. II. Über die Abhängigkeit des Diffusionsvermögens von der Ionenbeweglichkeit sowie von der Hydratation und Polymerisation der Moleküle. Biochem. Zeitschr. Bd. 92. H. 3 u. 4. S. 139.

Hall, J. Walker, On the amino-acid content of nutrient media. Brit. med. Journ. Nr. 3015.

Jacoby, M., Über Bakterien-Katalase. Biochem. Zeitschr. Bd. 92. H. 3 u. 4. S. 129.

Kjöllerfeldt, M., Beitrag zur Kenntnis des Benzidins als Chromogen bei den biologischen Oxydationsreaktionen. Pflügers Arch. Bd. 127. S. 318.

Kohn, K., Untersuchungen über die Stickstoffausscheidung bei chronischer Unterernährung auf Grund von Beobachtungen über die Ernährungsverhältnisse in Wien während des letzten Kriegsjahres. Wien. klin. Woch. Nr. 6. S. 135.

Koopmann, J., De beteekenis van het onderzoek van ontlasting op verborgen bloed. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 2. Hälfte Nr. 19. S. 1534.

Leersum, E. C. van, Over de beteekenis van den aard van den stoelgang voor de opslorping van stikstof uit kropbrood. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 2. Hälfte Nr. 18 S. 1464.

Meyer-Bisch, R., Chemisch-physikalische Blutuntersuchungen. Zeitschr. f. exper. Path. u. Ther. Bd. 20. H. 1. S. 54. 1919.

Mörner, C. Th., Über aus Proteinstoffen bei tiefgreifender Spaltung mit Salpetersäure erhaltene Verbindungen. Zeitschr. f. phys. Chem. Bd. 103. H. 1. S. 80.

Neuberg, C., und A. Lewite, Phytochemische Reduktionen. XIV. Hydrierung eines Ketons durch Hefe. (Umwandlung von Methylheptonen in Methylheptenol.) Biochem. Zeitschr. Bd. 91. H. 3. u. 4. S. 257.

Neuberg, C., und E. Reinfurth, Natürliche und erzwungene Glyzerinbildung bei der alkoholischen Gärung. Biochem. Zeitschr. Bd. 92. H. 3 u. 4. S. 234.

Pittarelli, E., e E. Pittarelli, (figlio), Sulle acidità dell' orina. Rivista critica di clin. med. Nr. 44.

Salén, E. B., Einige Bemerkungen über die Diabetesazidose sowie über einige praktisch-klinisch geeignete Bestimmungs-Methoden derselben. Nord. med. Ark. Bd. 51. Abt. II. H. 2. S. 186.

Sörensen, S. P. L., Proteinstudien. Zeitschr. f. phys. Chem. Bd. 103. H. 1. S. 1.

Sörensen, S. P. L., und M. Höyrup, Proteinstudien. I. Mitteilung. Über die Darstellung von Eieralbuminlösungen mit wohldefinierter Zusammensetzung nebst den angewandten analytischen Methoden. Zeitschr. f. phys. Chem. Bd. 103. H. 1. S. 15.

Sörensen, S. P. L., Proteinstudien. II. Mitteilung. Über das Säure- und Baseverbindungsvermögen des Eieralbumins. Unter Mitarbeit von *Margrethe Höyrup, Jenny Hempel* und *S. Palitzsch.* Zeitschr. f. phys. Chem. Bd. 103. H. 2—4. S. 104.

Starp, J. A. van der, Ureumbepalingen in kleine hoeveelheden bloed bij kinderen en zuigelingen. Dissertation in Groningen, Dez. (Verlag H. N. Werkman, Groningen, 56 Seiten).

Stepp, W., und M. Nathan, Untersuchungen über den Cholesteringehalt der menschlichen Galle. Med. Klin. Nr. 2. S. 41.

Stoklasa, J., unter Mitwirkung von J. Sebor, W. Zdobnicky, F. Tymich, O. Horák, A. Nemec und J. Cwach, Über den Einfluß des Aluminiumions auf die Keimung des Samens und die Entwicklung der Pflanzen. Biochem. Zeitschr. Bd. 91. H. 3 u. 4. S. 137.

Veil, W. H., Über intermediäre Vorgänge beim Diabetes insipidus und ihre Bedeutung für die Kenntnis vom Wesen dieses Leidens. Biochem. Zeitschr. Bd. 91. H. 3 u. 4. S. 317.

Veil, W. H., Über die Bedeutung intermediärer Veränderungen im Chlorstoffwechsel beim Normalen und beim Nierenkranken. Biochem. Zeitschr. Bd. 91. H. 5 u. 6. S. 267.

Waentig P., und W. Gierisch, Über ein einfaches Verfahren, die Verdaulichkeit des Celluloseanteils von Pflanzenfaser, insbesondere von Holzfaser, schätzungsweise zu bestimmen. Zeitschr. f. phys. Chem. Bd. 103. H. 2—4. S. 87.

Wehner, C., Versuche über Blausäurewirkung auf Pflanzen. Biochem. Zeitschr. Bd. 92. H. 5 u. 6. S. 364.

Weinhagen, A. B., Beiträge zur Kenntnis einiger pflanzlicher und tierischer Fette und Wachsarten. Zeitschr. f. phys. Chem. Bd. 103. H. 1. S. 84.

4. Mikrobiologie und Serologie.

Angerer, v., Ein filtrierbarer Erreger der Grippe. Münchn. med. Woch. Nr. 46. S. 1280.

Bamberg, D., und G. Hartmann, Sparsame und einfache Methode zur Komplementgewinnung von Meerschweinchen. D. med. Woch. Nr. 52. S. 1449.

Bien, Z., Zum Gebrauche des Alkohol-Fleckfieber-Diagnostikums (mit Bac. typhi exanthematici *Weil-Felix*) und zur Erklärung der Reaktion. Wien. klin. Woch. Nr. 5. S. 115.

Browning, C. H., and E. L. Kennaway, A note on the use of „antigens" in diagnosis by the Wassermann reaction: the necessity for further investigation. Lancet Nr. 4970. S. 733.

Dienes, L., Über das Vorkommen des *Weil-Felix*schen Bakteriums. Nachtrag zu der Arbeit: „Die

abnormen Serumreaktionen bei Fleckfieber" in Nr. 17 dieser Wochenschrift. D. med. Woch. Nr. 1. S. 14.

Einecker, Bakterioloigsche Bemerkungen zu „Darmmilzbrand beim Menschen". Med. Klin. Nr. 47. S. 1163.

Eugling, M., Über die Chininfestigkeit der Malariaparasiten. Wien. klin. Woch. Nr. 51. S. 1341.

O'Farrell, Th. T., A further investigation into the agglutinating properties of certain sera against B. typhosus, B. paratyphosus A and B. Lancet Nr. 4967. S. 626.

Fränkel, E., Bakteriologische Befunde bei Grippe. D. med. Woch. Nr. 51. S. 1422.

Fränkel, E., und J. Zeißler, Die Differenz pathogener Anaërobier. Münchn. med.Woch. Nr. 2. S.39.

Fürst, Th., Über die Agglutination von Influenzabazillen durch Krankenserum zur Differentialdiagnose. Münchn. med. Woch. Nr. 3. S. 67.

Gaehtgens, W., Über ein Paratyphus A-ähnliches Bakterium. Münchn. med. Woch. Nr. 48. S. 1347.

Gehring, A., Über leuchtende Bakterien. Natur 1918/19. H. 7 u. 8. S. 56.

Georgie, W., Aus Praxis und Theorie der Wassermannschen Reaktion. D. med. Woch. Nr. 49. S. 1348.

Gordon, M. H., Observations on the production of meningococcus anti-endotoxin. Brit. med. Journ. Nr. 3013.

Groot, K. P., Recherches sur le bactériums proteus anindologènes. Ann. de l'Inst. Pasteur. Bd. 32. Nr. 7. S. 299.

Haendel, Ungermann und Jaenisch, Experimentelle Untersuchungen über die Spirochäte der Weilschen Krankheit (Icterus infectiosus). Sonderabdruck aus „Arbeiten aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamte". Bd. LI. H. 1. S. 42—113.

Herzog, G., Zur Bakteriologie der Influenza. Münchn. med. Woch. 1919. Nr. 5. S. 121.

Hesse, E., Tetragenusbefunde im menschlichen Körper nebst einigen Bemerkungen zum Pseudodiphtheriebazillus. D. med. Woch. Nr. 46. S. 1275.

Hirschbruch und H. Thiem, Über Ruhrbazillen vom Typus *Schmitz*. D. med. Woch. Nr. 49. S. 1353.

Joetten, K. W., Fütterungsversuche mit Ruhr- und Typhusbazillen bei Hunden und kleinen Versuchstieren. (Sonderabdruck aus „Arbeiten aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamte" Bd. LI. H. 1. 1918.) S. 200—217.

Joetten, K. W., Über den Typhusbazillennachweis vermittelst des Bierastschen Petrolätherverfahrens und der Bolus-Methode nach *Kuhn*, sowie über die Verwertbarkeit dieser Verfahren für die bakteriologische Ruhrdiagnose. (Sonderabdruck aus „Arbeiten aus d. Kaiserlichen Gesundheitsamte" Bd. LI. H. 1. 1918. S. 218—238.

Mc Intosh, J., The incidence of bacillus influencae (*Pfeiffer*) in the present influenca epidemic. Lancet Nr. 4969. S. 695.

Jungmann, P., Untersuchungen über Schaflausrickettsien (Rickettsia melophagie Möller). D. med. Woch. Nr. 49. S. 1346.

Kapsenberg, G., Über eine einfache, zuverlässige Ausführung der Wassermannschen Reaktion. Münchn. med. Woch. 1919. Nr. 2. S. 42.

Korbsch, R., Weitere Befunde von Influenzabazillen bei der diesjährigen Grippeepidemie. Med. Klin. Nr. 44. S. 1092.

Leichtentritt, B., Bakteriologische Befunde bei der Influenzaepidemie. D. med. Woch. Nr. 51. S. 1419.

Loeser, A., Bakteriologisch-serologische Bemerkungen zur Lehre von der latenten Infektion. D. med. Woch. 1919. Nr. 3. S. 72.

Mahlo, A., Kritik der Mandelbaumschen Veränderung der Wassermann-Reaktion. D. med. Woch. Nr. 49. S. 1352.

Meinicke, E., Zur Methodik der serologischen Luesdiagnostik. Münchn. med. Woch. Nr. 49. S. 1379.

Nicolle, M., A. Raphaël et E. Debains, Etude sur un bacille *d'Eberth* et les bacilles paratyphiques (IV. mémoire). Virulence de nouveaux échantillons. Ann. de l'Inst. Pasteur Bd. 32. Nr. 6. S. 271.

Oeri, F., Partialantigene *Deycke-Much*. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 45. S. 1498.

Öhnell, H., Kliniska Och Bakteriologiska Bidrag Till Kännedom Om Dysenterien J Sverige. Stockholm. Isaac Marcus, Boktryckeri A.-G. S. 1—244.

Frescher, J., und V. Rabs, Bakteriologisch-chemisches Praktikum. Die wichtigsten bakteriologischen und klinisch-chemischen Untersuchungsverfahren für Apotheker und Ärzte mit einer Auswahl nahrungsmittelchemischer Arbeitsmethoden. 3. Aufl. Leipzig. Curt Kabitzsch. 324 S. mit 58 Abb. im Text u. 4 Tafeln.

Pulay, E., Über Typhusbazillenbefunde im Sputum. Münchn. med. Woch. Nr. 52. S. 1456.

Richet, Ch., P. Brodin et Fr. Saint-Girons, Effets des injections intraveineuses des divers sérums artificiels chez les animaux hémorrhagiés. Presse méd. Nr. 63. S. 581.

Rosenthal, W., Zum färberischen Nachweis der Tuberkelbazillen. Münchn. med. Woch. Nr. 46. S. 1282.

Roger, H., Actions des extraits d'organes et des autolysats. Presse méd. Nr. 64. S. 589.

Schloßberger, H., Über die Beziehungen des Bazillus *Weil-Felix* X 19 zum Flecktieber. Med. Klin. Nr. 51. S. 1253.

Schuurmans Stekhoven Jr., J. H., De overbrenging van Filaria bancrofti *Cobb* door Culex fatigans *Wied*. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. Bd. 2. Nr. 24. S. 1936.

Snapper, J., Omretling van bloed door cholera — en Torvibrionen. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. Bd. 2. Nr. 24. S. 1938.

Starkenstein, E., und R. Zitterbart, Experimentelle und klinische Untersuchungen über das Verhalten gleichzeitig anwesender Antigene und Antikörper. Wien. klin. Woch. Nr. 50. S. 1317.

Thibierge, G., Les méfaits de la reaction de *Wassermann*. Presse méd. Nr. 66. S. 609.

Trawinski, A., und E. Cori, Bakteriologische Untersuchungen bei der sogenannten „Spanischen Grippe". Wien. klin. Woch. Nr. 47. S. 1251.

Ungermann, E., Eine einfache Methode zur Gewinnung von Dauerkulturen empfindlicher Bakterienarten und zur Erhaltung der Virulenz tierpathogener Keime. S.-Abdr. a. d. Arb. a. d. K. Gesundheitsamte Bd. LI. H. 1. S. 180.

Ungermann, E., Züchtung der Weilschen Spirochäte, der Rekurrens- und Hühnerspirochäte sowie Kulturversuche mit der Spirochaeta pallida und Trypanosomen. Sond.-Abdr. a. d. Kais. Gesundheitsamte Bd. LI. H. 1. S. 144.

v. Vagedes und Korbsch, Die Serumreaktion auf Syphilis nach *Meinicke*. D. med. Woch. Nr. 51. S. 1423.

Wassitsch, H., und C. Spengel, Eine Statistik der „J K"-(Immunblut-)Therapie. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 45. S. 1489.

Weltmann, O., und N. Seufferheld, Über Erhöhung der Empfindlichkeit der Weil-Felixschen Reaktion durch Züchtung des X 19 auf Traubenzuckeragar. Wien. klin. Woch. Nr. 52. S. 1373.

Weil, E. Felix, A. und F. Mitzenmacher, Über die Doppelnatur der Rezeptoren in der Typhus-

Paratyphus-Gruppe. Wien. klin. Woch. Nr. 46. S. 1226.

Werner, H., und E. Leoneanu, Zur Serologie des Fleckfiebers, insbesondere über Immunisierung mit Proteus X 19. Münchn. med. Woch. Nr. 49. S. 1377.

Wilson, W. J., and P. Steer, Points in the technique employed in the isolation and cultivation of anaerobic bacteria. Brit. med. Journ. Nr. 3021.

Zeißl, M. v., Gedanken über den Wert der Wassermannschen Bluntuntersuchung. Wien. med. Woch. Nr. 48. S. 2096.

Zuelzer, M., Beiträge zur Kenntnis der Morphologie und Entwicklung der Weilschen Spirochäte. Sond.-Abdr. a. d. Arb. a. d. Kais. Gesundheitsamte Bd. LI. H. 1. S. 159.

5. Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie.

Alexander, G. F., Variations in the activity of the ciliary muscles. Brit. med. Journ. Nr. 3021.

Baart de la Faille, J. M., Trauma en gezwelvorming. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. Bd. 1. Nr. 1. S. 157.

Bergmann, H., Angeborene Atresie des Isthmus aortae, kombiniert mit Mitralstenose bei einem fünfeinhalbjährigen Kind. Arch. f. Kinderheilk. Bd. 67. H. 1 u. 2. S. 44.

Bergstrand, H., Bidrag till de primärer endocardtumorernas patologi. Hygiea Bd. 80. H. 22. S. 1265.

Berkholz, A., Über seltenere Sepsisformen. Monatsschr. f. Kinderheilk. Bd. 15. Nr. 1. S. 52.

Bier, A., Beobachtungen über Regeneration beim Menschen. D. med. Woch. Nr. 1. S. 4; Nr. 48. S. 1321.

Binswanger, O., Ein weiterer Beitrag zur pathologischen Anatomie der Hirnarterien. Zentralbl. f. allg. Path. u. path. Anat. Bd. 29. Nr. 22. S. 601.

Binet, L., L'appareil circulatoire dans l'anesthésie générale. Presse méd. Nr. 71. S. 661.

Bland-Sutton, J., Spolia opima. Brit. med. Journ. Nr. 3022.

Bourcart, J., et N. Langier, Notes cliniques au sujet d'une fièvre périodique avec tibialgie. Presse méd. Nr. 68. S. 627.

Bossert, O., Der traumatische Hydrozephalus. Anat. Hefte Bd. 56. H. 1 u. 2. S. 452.

Bresler, J., Die negative Disposition. Psych.-neur. Woch. 1918/19. Nr. 33/34. S. 218.

Brunnschweiler, A., Ein eigentümlicher Fall von Hyperdaktylie. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 42. S. 1413.

Busse, O., Zur pathologischen Anatomie der Grippe. Münchn. med. Woch. 1919. Nr. 5. S. 119.

Campbell, A. J., Digressions. Brit. med. Journ. Nr. 3022.

Dawson, B., An address on spirochaetosis icterohaemorrhagica. Lancet Nr. 4966. S. 575.

Deussing, R., Konstitutionell beeinflußte Anginen. (Anginen mit lymphatischer Reaktion.) Anat. Hefte Bd. 56. H. 1 u. 2. S. 421.

Dehelly, Phlébite et septicémie. Presse méd. Nr. 1. S. 5.

Dold, H., Über Pyozyaneus-Sepsis und Pyozyaneus-Darminfektionen in Schanghai. Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. Bd. 22. Nr. 20. S. 365.

Dubs, J., Ein ungewöhnlicher Fall von traumatischer Perforation eines Bauchnarbenbruches durch ein Meckelsches Divertikel mit nachfolgender Einklemmung desselben in der Perforationsöffnung. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 47. S. 1578.

Edelmann, A., Über gehäuftes Auftreten von Osteomalazie und eines osteomalazieähnlichen Symptomenkomplexes. Wien. klin. Woch. 1919. Nr. 4. S. 82.

Egyedi, H., Über die Untersuchung des Harnsediments, im plastischen Bilde. D. med. Woch. 1919. Nr. 4. S. 100.

Eitner, E., Zur Kasuistik des sogenannten Paraffinoms. Med. Klin. 1919. Nr. 3. S. 67.

Erdheim, J., Über das Barlow-Herz. Wien. klin. Woch. Nr. 49. S. 1293.

Erdheim, Das pathologisch-anatomische Bild der Grippe. Wien. med. Woch. Nr. 45. S. 1971.

Eppinger, H., und G. Hofer, Regeneration und Schilddrüsenfunktion. Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 31. H. 1 u. 2. S. 12.

Fahr, Th., Zur Frage der Nephrose. Erwiderung auf den Artikel *M. Löhleins* in Nr. 43 dies. Wochschr. D. med. Woch. Nr. 48. S. 1334.

Fildes, P., S. L. Baker and W. R. Thompson, Provisional notes on the pathology of the present epidemic. Lancet Nr. 4969. S. 697.

Fischer, B., Über die Pathogenese der Arteriosklerose. Münchn. med. Woch. 1919. Nr. 3. S. 61.

Foges, A., Ein Fall von Kutisanlage in der Rektalschleimhaut. Zentralbl. f. allg. Path. u. path. Anat. Bd. 29. Nr. 23. S. 630.

Fonio, A., Über das Vorkommen von Riesenblutplättchen. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 39. S. 1300.

Friedberger, E., Über Verhütung der Überempfindlichkeitserscheinungen bei parenteraler Zufuhr artfremden Eiweißes. (Beschreibung einer besonderen Spritze für parenterale Eiweißeinspritzungen.) Münchn. med. Woch. Nr. 48. S. 1338.

Fromme, A., Beitrag zur Behandlung von Hirnzysten. D. med. Woch. Nr. 45. S. 1251.

Fromme, A., Über die Beziehungen des Aneurysma arteriovenosum zum Angioma arteriale racemosum. Bruns Beitr. Bd. 114. H. 1. S. 57.

Gins, H. A., Über Trichinenerkrankung. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Nr. 24. S. 656.

Goldscheider, Über die krankhafte Überempfindlichkeit und ihre Behandlung. Zeitschr. f. phys. u. diät. Ther. H. 11. S. 411.

Govaerts, P., Quelques données expérimentales sur la signification des septicémies. Presse méd. Nr. 65. S. 597.

Grzywo-Dabrowski, Untersuchungen über die pathologische Anatomie des Fleckfiebers. Virchows Arch. Bd. 225. H. 3. S. 299.

Hansemann, D. v., Über die Hypoplasie des Herzens und der Gefäße. Med. Klin. 1919. Nr. 3. S. 57.

Herzog, G., und F. Marchand, Über die pathologisch-anatomischen Befunde bei der diesjährigen Influenzaepidemie. Münchn. med. Woch. 1919. Nr. 5. S. 117.

Hinterstoisser, H. A., Beitrag zur Kasuistik der Harnröhrensteine. Wien. klin. Woch. 1919. Nr. 5. S. 114.

Hofstätter, R., Über die Rolle der Hypophyse beim Morbus Basedowii. Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 31. H. 1 u. 2. S. 102.

Iselin, H., Durchbruch der vereiterten tuberkulösen und misch-infizierten Mesenterial-Drüsen. Korr.Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 47. S. 1569.

Jaffé, R. H., Das primäre Sarkom der Gallenblase. Zentralbl. f. allg. Path. u. path. Anat. Bd. 29. Nr. 21. S. 571.

Jaffé, R., Zur pathologischen Anatomie des Fleckfiebers. Med. Klin. Nr. 49. S. 1209.

Jaffé, R. H., Zur pathologischen Anatomie der Influenza 1918. Wien. klin. Woch. Nr. 45. S. 1203.

Jaksch, R. v., Über die klinische Bedeutung der Zylindroide. Nord. med. Ark. Bd. 51. Abt. 2. H. 1. S. 43.

Jirásek, A., Einige Bemerkungen über malignes Ödem. Med. Klin. Nr. 39. S. 957.

Josselin de Jong, R. de, Doorborende schotwond van het hart zonder doorboring van het hartezakje. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. H. 1. Nr. 3. S. 253.

Katsch, G., Eine Alkaptonurikerfamilie. Münchn. med. Woch. Nr. 48. S. 1337.

Kaznelson, P., Beiträge zur Pathogenese hämorrhagischer Diathese. (Pyämie, generalisierte Drüsentuberkulose.) D. Arch. f. klin. Med. Bd. 128. H. 2. S. 119.

Kellner, Neue Untersuchungen über den endemischen Kropf und Kretinismus. Die Umschau Nr. 48. S. 628.

Klose, F., Über die Beziehungen in der Ätiologie der menschlichen Gasödemerkrankung und des tierischen Rauschbrandes. Münchn. med. Woch. 1919. Nr. 3. S. 66.

Kohlhaas, Mißbildungen des Kleinhirns bei einem Feldsoldaten. D. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 61. H. 1—6. S. 360.

Koster, S., Een merkwaardig *Quincke's* oedeem. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. H. 2. Nr. 18. S. 1985.

Kuenen, W. A., Opmerkingen over helminthiasis. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. H. 2. Nr. 24. S. 1943.

Krabbel, M., Primäres Lymphosarkom des Magens. Med. Klin. Nr. 46. S. 1142.

Kylin, E., Über das Verhalten der eosinophilen Blutzellen bei Serumexanthem. Nord. med. Ark. Bd. 51. Abt. 2. H. 1. S. 351.

Labbé, M., Les éclopés de la digestion. Presse méd. Nr. 62. S. 569.

Loeser, A., Latente Infektion. D. med. Woch. 1919. Nr. 2. S. 37.

Löhlein, M., Die Begriffe „Konstitution" und „Disposition". Med. Klin. Nr. 44. S. 1088.

Löwenfeld, W., Pathologisch-anatomische und bakteriologische Befunde bei Spanischer Grippe. Wien. klin. Woch. Nr. 48. S. 1274.

Martini, E., Fleckfiebergangrän an ungewöhnlicher Stelle. D. med. Woch. 1919. Nr. 2. S. 41.

Maillart, H., Encore un cas de pseudo-tumeur abdominale, causée par une accumulation de noyaux de fruits arretés par un adénocarcinome annulaire du colon descendant. Revue méd. de la Suisse rom. 1919. Nr. 1. S. 44.

Mauclaire, Carcinome en virole à l'union du colon descendant et de l'S iliaque; formation d'une masse simulant une tumeur ronde par stagnation d'une quantité inorme de noyaux de cerises. Revue méd. de la Suisse rom. Nr. 11. S. 651.

Meyer, O., Zur Kenntnis der Endophlebitis hepatica obliterans. Virchows Arch. Bd. 225. H. 3. S. 223.

Meursing, F., Over doodsoorzaken, verwikkelingen en samengaan met andere ziekten bij kanker. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. H. 2. Nr. 20. S. 1593.

Mieremet, C. W. G., Prostaathypertrophie. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. H. 2. Nr. 18. S. 1474.

Monchy, L. B. de, en R. de Josselin de Jong, Granuloma malignum. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. H. 2. Nr. 19. S. 1577.

Mosbacher, Ed., Ein Fall von Kalkablagerungen unter die Haut im Unterhautzellgewebe. D. Arch. f. klin. Med. Bd. 128. H. 2. S. 107.

Müller, H., Über Lappungsanomalien der Lungen, insbesondere über einen Fall von trachealer Nebenlunge. Virchows Arch. Bd. 225. H. 3. S. 284.

Murray, L. M., The common factor in disordered action the heart. Brit. med. Journ. Nr. 3024.

Neumann, H. v., Zur Klinik und Therapie der otogenen Bulbusthrombose der Vena jugularis. Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 31. H. 1 u. 2. S. 58.

Newsholme, A., Introductory remarks on epidemic catarrhs and influenza. Lancet Nr. 4969. S. 689.

Oppenheim, F., Gibt es eine Spontanruptur der gesunden Aorta und wie kommt sie zustande? Münchn. med. Woch. Nr. 45. S. 1234.

Orth, O., Thrombosen bei der spanischen Krankheit. D. med. Woch. Nr. 47. S. 1298.

Paton, D., L. Findlay and A. Watson, Observations on the cause of rickets. Brit. med. Journ. Nr. 3023.

Quensel, U., Zur Frage der klinischen Bedeutung der Zylindroide. Nord. med. Ark. Bd. 51. Abt. 2. H. 2. S. 211.

Reach, F., Kriegsödem und endokrine Hodenfunktion. Wien. klin. Woch. Nr. 47. S. 1249.

Rößle, R., Allgemeine Pathologie und Pathologische Anatomie. Jahresk. f. ärztl. Fortbild. 1919. H. 1. S. 15.

Roessingh, M. J., Over harthypertrophie (kritisch overzicht, met mededeeling van eenige eigen onderzoekingen). Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. H. 2. Nr. 24. S. 1881.

Rothschild, Darmmilzbrand beim Menschen. Med. Klin. Nr. 47. S. 1160.

Schäffer, J., Über Melanodermie des Gesichts (sogenannte Kriegsmelanose). Med. Klin. Nr. 44. S. 1079.

Schilling, V., Die Lösung der Blutplättchenfrage und ihre Ergebnisse für Klinik und Pathologie. D. med. Woch. Nr. 49. S. 1354.

Schneller, J., Einwanderung von Askariden in Bronchus und Trachea durch eine Ösophago-Bronchialfistel. Münchn. med. Woch. Nr. 45. S. 1247.

Schnyder, K., Zur Kenntnis der Lymphosarkomatose und ihrer Beziehung zur Leukämie und Pseudoleukämie. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte 1919. Nr. 1. S. 18.

Schulte-Vennbur, Situs inversus totalis. D. med. Woch. Nr. 50. S. 1393.

Siegmund, H., Pathologisch-anatomische Befunde bei der Influenzaepidemie im Sommer 1918. Med. Klin. 1919. Nr. 4. S. 95.

Siemens, H. W., Über die Grundbegriffe der modernen Vererbungslehre. Münchn. med. Woch. Nr. 50. S. 1402.

Slawik, E., Ernährungsstörungen bei fettreicher Frauenmilch. D. med. Woch. 1919. Nr. 5. S. 116.

Soucek, A., Über einen Fall symmetrischer Gangrän nach Grippe. Wien. klin. Woch. Nr. 50. S. 1326.

Sutton, G. E., Pulmonary fat embolism and its relation to traumatic shock. Brit. med. Journ. Nr. 3014. S. 368.

Szontagh, F. v., Über Disposition. Ein Versuch, die Pathogenese der kontagiösen und der Infektionskrankheiten sowie das Problem ihres gehäuften Auftretens auf naturwissenschaftlicher Grundlage zu erklären. Berlin. S. Karger. 347 S. mit 14 Abb. 12 Mk.

Strandberg, J., A contribution to the question on the malformations of the ectoderme due to arrested development. Nord. med. Ark. Bd. 51. Abt. 2. H. 1. S. 1.

Udaondo, C. B., Patologia digestiva. Buenos-Aires, Talleres graficos A. Flaiban. 1 vol in-8°. 342 S.

Versé, M., Ruptur des Magens bei Hefegärung und allgemeines Kohlensäureemphysem. Münchn. med. Woch. Nr. 46. S. 1290.

Voorhoeve, N., Blue sclerotics, in connexion with other hereditary or congenital abnormalities. Lancet Nr. 4970. S. 740.

Walter, H., Untersuchungen über Inanitionsödeme. Ein Beitrag zur Pathologie des Ödems. Virchows Arch. Bd. 225. H. 3. S. 234.

Warrack, J. S., The differential diagnosis of scarlet fever, measles and rubella. Brit. med. Journ. Nr. 3018. S. 486.

Wertheim Salomonson, J. K. A., Botulismus. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. H. 2. Nr. 22. S. 1784.

Weth, G. v. d., Zur Kasuistik der radikulären Pfortader (Milzvenen-)Thrombose. Münchn. med. Woch. Nr. 49. S. 1365.

Wilde, A., Geschwulst und Trauma. Med. Klin. Nr. 51. S. 1260.

Walsch-Sorgdrager, G. B., Bijdrage tot de kennis der autolyse in longen van carcinoomlijders en in andere longen. Inaug.-Diss. Amsterdam, Dez.

6. Pharmakologie und Toxikologie.

1. Allgemeine Pharmakologie, Pharmazie.

Ambard, L., De la durée des phénomènes biologiques consécutifs à l'introduction de substances étrangères dans l'organisme. Presse méd. Nr. 2. S. 11.

Bachem, C., Fortschritte der praktischen Arzneibehandlung im Kriege. Med. Klin. Nr. 48. S. 1190.

Benedict, St, R., Preparation of *Dakin's* solution from liquid chlorine by the gravimetric method. Surg. Gyn. and Obst. Bd. 27. Nr. 4. S. 386.

Biberfeld, J., Zur Kenntnis der Gewöhnung. Über experimentelle Gewöhnung an Schlafmittel. Biochem. Zeitschr. Bd. 92. H. 3 u. 4. S. 198.

Dahlmann, A., Pharmakodynamische Untersuchungen des vegetativen Nervensystems im Intervall und während der Menstruation. Ein Beitrag zur Kenntnis der Wellenbewegung im Leben des Weibes und deren Abhängigkeit vom Nervensystem. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 80. H. 3. S. 524.

Fröhlich, A., und E. P. Pick, Unwirksamkeit der *Stannius*-Ligatur an Froschherzen unter dem Einflusse parasympathischer Gifte. Arch f. exper. Path. u. Pharm. Bd. 84. H. 4 u. 5. S. 267.

Fröhlich, A., Wirkungsverstärkung bei Arzneigemischen. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Nr. 22. S. 595.

Gehes-Codex (Nachtrag) der Bezeichnungen von Arzneimitteln, kosmetischen Präparaten und wichtigen technischen Produkten. Mai 1918. Gehe & Co., A.-G., Dresden-N. 115 S.

Kroeber, L., Über irreführende Geheimmittelbezeichnungen. Münchn. med. Woch. Nr. 50. S. 1411.

Lust, F., Zur Dosierung von Arzneimitteln im Kindesalter. Die Therapie der Gegenwart. H. 12. S. 401.

Matz, Moderne Arzneimittel. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Nr. 23; (Med.-techn. Mitteil. Nr. 12. S. 48).

Wild, R. B., The pharmacology of alcohol. Lancet Nr. 4967, S. 623.

2. Spezielle Pharmakologie und Pharmakotherapie.

Christopherson, J. B., Intravenous injections of antimonium tartaratum in bilharziosis. Brit. med. Journ. Nr. 3024.

Civalleri, J., Le idiosincrasie da farmaci con speciale reguardo alle idiosincrasie da chinino. Rivista crit. di clin. med. Nr. 36.

Clemm, W. N., Erfahrungen mit Istizin. Therap. Monatsh. 1919. Nr. 1. S. 26.

Fühner, H., Opium, Pantopon, Laudanon, Narkophin. Therap. Monatsh. Nr. 11. S. 409.

Galewsky, Über Silbersalvarsan-Natrium. D. med. Woch. Nr. 48. S. 1326.

Gennerich, Über Silbersalvarsan. D. med. Woch. Nr. 45. S. 1243.

Giemsa, Zur Chemotherapie einiger Arsenobenzole, insbeosndere der Arsalyte. D. med. Woch. 1919. Nr. 4. S. 94.

Hahn, F., Über Silbersalvarsan. D. med. Woch. Nr. 50. S. 1385.

Hérain, de, Le sulfate de cuivre en thérapeutique. Prese méd. Nr. 60. S. 555.

Hoffstetter, H., Erfahrungen mit Choleval. Wien. klin. Rundschau. Nr. 47—49. S. 274.

Hofmann, W., Über die Wirkung des Vuzins auf den Kreislauf bei intravenöser Einspritzung. Zentralbl. f. Chirurg. Nr. 51. S. 921.

Hohenbichler, A., Tenosin in der Geburtshilfe. Wien. klin. Woch. 1919. Nr. 5. S. 113.

Houssay, B. A., Action antagoniste de l'adrénaline et des entraits hypophysaires sur les bronches. Presse med. Nr. 56. S. 513.

Klein Swormink, J. A., De invloed van calciumverbindungen of spier-en zeamoweefsel. Dissertation in Amsterdam, Dez.

Kolle, W., und H. Schloßberger, Zur Frage der Heilwirkung des Diphtherieserums. Med. Klin. 1919 .Nr. 1. S. 1.

Levy-Lenz, Erfahrungen mit dem neuen Prokutanverfahren. Med. Klin. Nr. 39. S. 966.

Mayer, J., Das Salvarsan bei den Eingeborenen der Südsee. Münchn. med. Woch. Nr. 50. S. 1410.

Matko, J., Zur Kenntnis der Chininwirkung bei Malria tertiana. Wien. klin. Woch. Nr. 51. S. 1378.

Meißner, R., Über Paraphenylendiamin. Arch. f. exper. Path. u. Pharm. Bd. 84. H. 4 u. 5. S. 181.

Messerschmidt, Th., Über die Behandlung der Typhusbazillenträger mit Cystin-Quecksilber. D. med. Woch. Nr. 45. S. 1243.

Michaelis, P., Das Kalziumhypochlorit als Ersatz der Dakinschen Natriumhypochloritlösung. Münchn. med. Woch. 1919. Nr. 2. S. 45.

Monaco, D. Lo, Les injections de saccharose. Presse med. Nr. 67. S. 617.

Morgenroth, J., Chemotherapie und spezifische örtliche Desinfektion. Jahreskurse f. ärztl. Fortbild. 1919. H. 1. S. 1.

Morin, J., De l'emploi de la digalène en suppositoires. Revue méd. de la Suisse rom. Nr. 12. S. 694.

Müllers, K. von, Kurze Bemerkungen zu verstehenden Ausführungen Dr. Matko. Wien. klin. Woch. Nr. 51. S. 1350.

Nathan, E., und H. Reinecke, Über Sulfoxylatsalvarsan. D. med. Woch. 1919. Nr. 1. S. 17.

Pal, J., Über die Wirkung der Isochinolinalkaloide des Opiums (Narkotin, Papaverin und Narcein) und der Ipekakuanhawurzel (Emetin) und ihre therapeutische Verwendung. Wien. med. Woch. Nr. 49. S. 2141.

Plehn, A., Chininausscheidung und Chininwirkung. Arch. f. Schiffs- u. Tropen-Hygiene. Bd. 22. H. 21. S. 381.

Ranzel, F., Vorsicht bei der Anwendung des Fibrolysins. D. med. Woch. Nr. 47. S. 1307.

Schumacher, J., Die Erzeugung naszierenden Jods auf Schleimhäuten. D. med. Woch. Nr. 47. S. 1306.

Sellei, J., Das Silbersalvarsan. D. med. Woch. Nr. 45. S. 1247.

Stiedo, Chr., Zur sekundären Anwendung der Tiefenantisepsis mit Vuzin (nach *Klapp*). Münchn. med. Woch. Nr. 46. S. 1298.

Storm van Leeuwen, W. en M. van der Abade, Over het verschil in werkzaamheid tusschen bijnierpraeparaten van verschillende herkomst. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 2. Hälfte Nr. 25. S. 1961.

Straub, W., Über die Resistenz der Ratten gegen k-Strophanthin. Arch. f. exper. Path. u. Pharm. Bd. 84. H. 4 u. 5. S. 223.

Taylor, G. Stopford, The curative effect of kharsivan and neokharsivan in diseases other than syphilis. Brit. med. Journ. Nr. 3016.

Tiling, E., Erfahrungen mit dem neuen Schlafmittel „Nirvanol". Ther. Monatsh. Nr. 11. S. 422.

Verzar, F., Über die Wirkung von Curare und verschiedenen Narkotika auf den Gaswechsel. Biochem. Zeitschr. Bd. 92. H. 5 u. 6. S. 318.

Voigt, J., Vorläufige Mitteilung über Versuche, die Desinfektionswirkung des kolloiden Jodsilbers und seine Eignung zur Typhusbehandlung betreffend. Therap. Monatsh. Nr. 11. S. 415.

Walter, M., Zur Pharmakologie der digitalisartigen Verbindungen. Biochem. Zeitschr. Bd. 92. H. 5 u. 6. S. 267.

Wasicky, R., Ein Beitrag zur Kenntnis von Erodium cicutarium L. Hér., Reiherschnabel. Wien. klin. Woch. 1919. Nr. 1. S. 1.

Wichura, W., Pharmakologische Eigenschaften des Eckains und einiger Homotropine. Zeitschr. f. exper. Path. u. Therap. Bd. 20. H. 1. S. 1. 1919.

3. *Toxikologie.*

Amman, E., Einige Fälle von Giftwirkungen am Auge. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte. Nr. 52. S. 1747.

Bastert, Chr., Over de opheffing van blauwzuurvergiftiging door digaleen of veratrine en omgekeerd. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 2. Hälfte Nr. 19. S. 1540.

Bötticher, Tragisches Ableben nach Genuß von Miesmuschelwurst. Zeitschr. f. Med.-Beamte. Nr. 23. S. 469.

Fühner, H., Der toxikologische Nachweis des Physostigmins. Biochem. Zeitschr. Bd. 92. H. 5 u. 6. S. 347.

Fühner, H., Die quantitative Bestimmung des Nikotins auf biologischem Wege. Biochem. Zeitschr. Bd. 92. H. 5 u. 6. S. 355.

Gautier, P., Quatre cas d'intoxication par le véronal. Rev. med. de la Suisse rom. Nr. 11. S. 641.

Glaessner, K., Über Ergotismus nach Genuß von sekalehaltigem Mehl. Wien. klin. Woch. Nr. 7. S. 168.

Hammer, Fr., Tödliche Quecksilbervergiftung nach antivariköser Sublimatinjektion. D. med. Woch. 1919. Nr. 2. S. 45.

Haas, B. D. de, Vergiftiging door een homoeopathisch geneesmiddel? Nederl. Tijdschr. voor Genesk. 1. Hälfte Nr. 4. S. 338.

Hesse, E., Kohlenoxydgasbildung bei behelfsmäßigen Feuerungsanlagen im Felde. D. med. Woch. Nr. 52. S. 1449.

Hübner, A. H., Über Dimitrobenzolvergiftungen. Münchn. med. Woch. Nr. 46. S. 1285.

Ilzhöfer, H., Untersuchungen über den Quecksilbergehalt des Harnes von Arbeitern aus einem chemischen Betriebe. Münchn. med. Woch. 1919. Nr. 1. S. 14.

Ivers, F., The preventive and curative treatment of gasgangrene by mixed serums. Brit. med. Journ. Nr. 3016.

Kirchberg, P., Über einen Fall von Adalinvergiftung nach Einnahme von 15 g Adalin. Münchn. med. Woch. Nr. 46. S. 1298.

Kramer, Über Sublimatvergiftung. Zeitschr. f. Med.-Beamte Nr. 22. S. 445.

Kurpjuweit, Antifebrin als Fruchtabtreibungsmittel. Zeitschr. f. Med.-Beamte Nr. 20. S. 417.

Lazenby, J. M., The treatment of irritant gas poisoning. Brit. dem. Journ. Nr. 3013.

Müller, O., Schweres Krankheitsbild nach Injektionen mit unreinem Paraffin. D. med. Woch. 1919. Nr. 2. S. 46.

Skutezky, K., Zur Kritik der Salvarsantodesfälle. Wien. klin. Woch. 1919. Nr. 6. S. 142.

Storm van Leeuwen, Über den Nikotingehalt im Rauche schwerer, leichter und nikotinfreier Zigarren. Arch. f. exper. Path. u. Pharm. Bd. 84. H. 4 u. 5. S. 282.

Strauß, H., Arzneiexantheme und Anaphylaxie. Therap. Monatsh. H. 12. S. 460.

Süßmann, Ph. O., Beitrag zur Frage der Permeabilität der intakten Haut für Bleiverbindungen. Münchn. med. Woch. Nr. 50. S. 1407.

Zimmermann, R., Eiweißspaltgifte. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 74. H. 4—6. S. 363.

7. Physikalische Therapie.

1. *Bäder und Kurorte, Klimatologie, Heliotherapie.*

Benedikt, M., Zur Theorie der Balneotherapie. Wien. klin. Rundschau 1919. Nr. 1 u. 2. S. 1.

Billard, G., Les eaux minérales naturelles iodées, leurs propriétés antiseptiques et cytophylactiques. Presse med. Nr. 56. S. 518.

Lichtenstein, L., Gynäkologische Indikationen für die Pöstyéner Thermalkur. Klin.-therap. Woch. Nr. 43 u. 44. S. 335.

Schütz, J., Grundzüge der Heilquellenlehre und ihrer Anwendung in der ärztlichen Praxis. Wien 1919, Verl. von Moritz Perles. 288 S.

Weber, E., Die Wirkung natürlicher und künstlicher Kohlensäurebäder sowie der Hochfrequenzbehandlung bei Herzkranken, kontrolliert durch die plethysmogaphische Arbeitskurve. D. med. Woch. Nr. 45. S. 1233.

2. *Hydrotherapie. Massage, diätetische Kuren.*

Keijzer, W. H. C. G., De diëet-kuur van *Prochownik*. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 2. Hälfte Nr. 20. S. 1606.

Klumper, P., De diëet-kuur van *Prochownik*. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 2. Hälfte Nr. 26. S. 2013.

Lipiner, J., Über Kartoffelkuren bei kardialen Hydropsien. Wien. med. Woch. Nr. 50. S. 2194; Nr. 51 u. 52. S. 2242.

Wengler, Die Krankenernährung in der Kriegszeit. Zeitschr. f. Med.-Beamte. Nr. 20. S. 421.

3. *Elektrotherapie, Thermotherapie.*

Boruttau, H., Die Maximaldosis des Wechselstroms in der Therapie und seine Wirkung. D. med. Woch. Nr. 51. S. 1412.

Christen, Th., H. Hertenstein und Bergter, Neue Fortschritte der Diathermie. Münchn. med. Woch. Nr. 50. S. 1395.

Ochsner, A. J., The practical value of the electric light in the treatment of infections. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 27. Nr. 3. S. 328.

Solms, E., Bettgymnastik. Würzb. Abh. Bd. 18. H. 2. S .23.

Thedering, Über Rotlichttherapie. Versuch einer theoretischen Begründung. Münchn. med. Woch. 1919. Nr. 3. S. 72.

4. *Strahlenlehre.*

Albers-Schönberg, Die wissenschaftlich feststehenden Indikationen der Röntgentiefentherapie. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. 1919. Nr. 2. S. 33.

Baumeister, L., Die biologische Röntgen-Dosierung in der Universitäts-Frauenklinik Erlangen. Die Therapie d. Gegenw. 1919. H. 1. S. 14.

Delherm, L., La protection du radiologiste, du du chirurgien et de leurs aides au cours des opérations radiologiques. Presse méd. Nr. 72. S. 667.

Fabry, J., Kurze Mitteilungen über unsere Erfahrungen mit Radiumbehandlung. Münchn. med. Wcoh. 1919. Nr. 5. S. 128.

Fernau, A., Physik und Chemie des Radiums und Mesothor für Mediziner. Wien. klin. Woch. Nr. 46. S. 1228.

Fernau, A., Physik und Chemie des Radiums und Mesothor für Mediziner. Wien. klin. Woch. Nr. 48. S. 1279; Nr. 49. S. 1304.

Heimann F., 5 Jahre Strahlentherapie. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 80. H. 3. S. 627.

Kautz, F., Die kombinierte Bestrahlung (Röntgen- und Höhensonne) nicht tuberkulöser Drüsen und Knochenerkrankungen. Münchn. med. Woch. 1919. Nr. 2. S. 43.

Kelly, H. A., Two hundred and ten fibroid tumors treated by radium. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 27. Nr. 4. S. 402.

Krönig, B., und W. Friedrich, Physikalische und biologische Grundlagen der Strahlentherapie. Wien 1918, Verlag von Urban & Schwarzenberg, 278 S. m. 63 Abbild. und 31 teils farbigen Tafeln. (Pr. br. 30 Mk., geb. 34 Mk.)

Knyjer, J. H., De radio-therapie en radio-chirurgie bij beesaardige gezwellen. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 1. S. 164.

Nogier, Th., Le chromoradiomètre de Bordier et la mesure des quantités de rayons X en radiothérapie. Presse méd. Nr. 2. S. 15.

Opitz, E., Über stark gefilterte Röntgen- und Radiumstrahlen. Med. Klin. Nr. 39. S. 953.

Pranter, V., Zur Kasuistik der Röntgenschädigungen nach Tiefenbestrahlungen. Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 31. Nr. 1 u. 2. S. 93.

Réthi, L., Die Bedeutung der frühzeitigen Radiumverwendung bei den malignen Tumoren in den oberen Luftwegen. Wien. med. Woch. Nr. 45. S. 1988.

Rhorer, L. v., Sensibilisierung gegen Röntgenstrahlen. D. med. Woch. Nr. 50. S. 1394.

Saberton, Cl., The value of X-rays in the treatment of malignant disease of the breast. Brit. med. Journ. Nr. 3013.

Strauß, O., Über Wirkung der Strahlenbehandlung bei Epilepsie. D. med. Woch. 1919. Nr. 4. S. 103.

8. Innere Medizin.

1. *Allgemeines. Allgemeine Diagnostik und Therapie.*

Blumenthal, F., Der Kampf gegen die Krebskrankheit. Hyg. Nr. 18. S. 158.

Bonne, Über Suggestion und Hypnose in der Praxis. D. med. Woch. 1919. Nr. 5. S. 132.

Brugsch, Th., Allgemeine Prognostik oder die Lehre von der ärztlichen Beurteilung des gesunden und kranken Menschen. Wien. Verlag von Urban und Schwarzenberg. 498 S. mit 13 Textabbildungen. Preis br. 24 Mk., geb. 26 Mk.

Brugsch, Th., und A. Schittenhelm, Lehrbuch klinischer Untersuchungsmethoden für Studierende und Ärzte. Wien. Urban & Schwarzenberg. 900 S. m. 388 teils farb. Textabbild. und 12 teils farb. Tafeln. Vierte, vermehrte und verbess. Auflage. Preis geb. 33 Mk., brosch. 30 Mk.

Dornblüth, O., Klinisches Wörterbuch. Achte Auflage. Leipzig. Verlag von Veit & Comp. 388 S. Preis 8.75 Mk.

Grünbaum, Beitrag zur Klinik und Diagnose fieberhafter, nicht eindeutiger Erkrankungen. Med. Klin. Nr. 45. S. 1109.

Handbuch der gesamten Therapie von Penzoldt und Stintzing. Jena. Verlag von Gust. Fischer. 5. Auflage. 35. Lieferung, Bd. VII. S. 385—602. M. 137 Abbild. im Text. (Schluß.) Preis br. 3.50 Mk.

Hoke, E., und H. Goldmann, Bewegungshyperthermie und Tuberkulinhyperthermie. Wien. klin. Woch. Nr. 47. S. 1254.

Kidd, P., The Harveian oration on the doctrine of consumption in Harveys time and to-day. Lancet Nr. 4966. S. 582.

Klemperer, G., Repetitorium der Therapie. Therap. d. Gegenw. 1919. H. 1. S. 19.

Kühnemann, G., Differentialdiagnostik der inneren Krankheiten. Leipzig. Johann Ambr. Barth. 5. Auflage. 1918. 242 S. Preis 9.50 Mk.

Kurzes Repetitorium der Medizinischen Terminologie (Medizinisches Taschenwörterbuch). Als Vademecum, gearbeitet unter Benutzung der einschlägigen Literatur nach *Bechhold, Dornblüth, Eulenburg, Guttmann, Kraus, Michaelis, Roth-Oberndörffer, Schreiber, Thomas, Villaret* u. a. *Breitensteins* Repetitorien Nr. 65. Leipzig. Joh. Ambr. Barth. 3. umgearbeitete Aufl. 210 S. Preis geh. 3.90 Mk., geb. 4.70 Mk.

Mönch, G. L., Über den Einfluß heißer Vollbäder nach *Weiß* auf die Körpertemperatur im allgemeinen und auf die Gonorrhöe im besonderen. Münchn. med. Woch. Nr. 47. S. 1313.

Ohm, R., Zur funktionellen Venenpulsdiagnostik. Zeitschr. f. exper. Path. u. Ther. 1919. Bd. 20. H. 1. S. 30.

Robine, R., Auscultation transabdominale. Presse méd. Nr. 68. S. 631.

Schnirer, Dr. M. T., Taschenbuch der Therapie. Leipzig. Curt Kabitzsch. 1919. 452 Seiten. Preis geb. 5.20 Mk.

Strümpell, A., Über den Wert der Anamnese. Eine ärztliche Plauderei. Med. Klin. Nr. 45. S. 1105.

2. *Infektionskrankheiten (exkl. Tuberkulose).*

Ahlborn, K., Einige klinische Beobachtungen bei der sogenanten „Spanischen Grippe". Münchn. med. Woch. Nr. 50. S. 1411.

Alexander, A., Die Behandlung der Lungenkomplikationen der Grippe mit Kalzium und Neosalvarsan. D. med. Woch. Nr. 46. S. 1272.

Alexander, A., und R. Kirschbaum, Zur Hämatologie der spanischen (epidemischen) Grippe. D. med. Woch. Nr. 45. S. 1250.

Aldershoff, H., en C. W. Broers, Vlektyphus-epidemie op Urk. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 4. S. 319.

Andel, M. A. van, Intraveneuze collargol-inspiutingen bij griep-pneumonie. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 2. Hälfte Nr. 25. S. 1963.

Andel, M. A. van, A report on the influenza epidemie in the British armies in France, 1918. By the Influenza committee of the Advisory board to the D. G. M. S., France. Brit. med. Journ. Nr. 3019, S. 505.

Ballmann, E., Über Bazillenruhr. Münchn. med. Woch. Nr. 45. S. 1238.

Becher, F. v., Zur Hämatologie der Grippe. Wien. klin. Woch. 1919. Nr. 1. S. 7.

Benthin, W., Über Grippe. Zentralbl. f. Gyn. 1919. Nr. 2. S. 23.

Berblinger, W., Komplikationen bei Grippe. Münchn. med. Woch. Nr. 52. S. 1450.

Betchov, N., Observations cliniques sur la Grippe. Rev. méd. de la Suisse rom. Nr. 11. S. 625.

Bettinger, H., Über die Behandlung der Grippe mit Diphtherieserum. Münchn. med. Woch. 1919. Nr. 5. S. 125.

Binder, A., und Prell, Studien zur Ätiologie der Influenza. Münchn. med. Woch. Nr. 50. S. 1397; Nr. 52. S. 1437.

Böhm, Zur Epidemiologie der herrschenden Grippeepidemie. Wien. med. Woch. Nr. 45. S. 1974.

Borst, M., Pathologisch-anatomische Beobachtungen zur „spanischen Grippe" 1918. Münchn. med. Woch. Nr. 46. S. 1342.

Brenkman, C. J., Sublimaat-injecties bij Spaansche griep. Med. Weekblad. Nr. 40. S. 625.

Cantieri, C., Alcune note cliniche sull' influenza (febbricola post-influenzale ricadute, pleuriti circoscritte, lesioni apicali da influenza. Rivista critica di clin. med. Nr. 37.

Cobet, R., Über Kreislaufstörungen bei Ruhr und deren Behandlung. Med. Klin. 1919. Nr. 2. S. 45.

Cobet, R., Über Beobachtungen bei toxischer Ruhr. Med. Klin. 1919, Nr. 4. S. 95.

Cole, C. E. Cooper, Preliminary report on the influenza epidemie at Bramshott in September—October 1918. Brit. med. Journ. Nr. 3021.

Deußing, R., Über die Bedeutung sekundärer Infektionen für die Erkrankungen der Lunge und Pleura während der Influenzaepidemie 1918. Med. Klin. Nr. 39. S. 960.

Drujmaar van Twist, A. J., Sublimaatbehandeling bij „Spaansche griep". Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 2. Hälfte Nr. 23. S. 1826.

Eisenhardt, W., Bericht über eine kleine Trichinoseepidemie. Münchn. med. Woch. Nr. 50. S. 1406.

Enright, J. I., On a pyaemia due to organisms of the Bacillus coli group acurring in Turkish soldiers. Lancet Nr. 4966. S. 585.

Esch, P., Über zwei Endemien von primärer Nasendiphtherie bei Neugeborenen (mit einigen Bestimmungen über den Diphtherie-Antitoxingehalt im Blutserum). Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 80. S. 551.

Fedi, V., Alcune osservazioni sulla epidemia di vaiuolo sviluppatosi nelle popolazioni di comuni di Torri di quartesolo e de gramoli delle Abbadesse. Rivista crit. di clin. med. Nr. 46.

Feer, E., Zur Anwendung großer Kampferdosen, insbesondere bei der Grippepneumonie. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte. Nr. 48. S. 1601.

Fischer, A. W., Warum sterben an der Grippemischinfektion gerade die kräftigsten Individuen? Münchn. med. Woch. Nr. 46. S. 1284.

Flebbe, H., Über die Malaria im Taurus (Kleinasien). D. med. Woch. 1919. Nr. 5. S. 126.

Foster, M. G., Observations on a small localised epidemic of influenza, with special reference to the incubation seriod. Lancet. Nr. 4966. S. 588.

Frey, E., Studien zur Epidemiologie der Influenza 1918. Wien. klin. Woch. Nr. 52. S. 1370.

Friedemann, U., Die der Heimat durch die Demobilisierung drohenden Infektionskrankheiten, unter besonderer Berücksichtigung der Diagnose. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. 1919. Nr. 1. S. 2.

Friedemann, U., Über Serumtherapie der Grippepneumonie. D. med. Woch. Nr. 47. S. 1293.

Fromme, Zur Influenzaepidemie. D. med. Woch. Nr. 51. S. 1416.

Funke, R. v., Zur Symptomatologie und Behandlung der Grippe - Lungenentzündung. Wien. klin. Woch. Nr. 46. S. 1225.

Galli-Valerio, B., Observations sur la grippe ou influenza. Rev. méd. de la Suisse rom. 1919. Nr. 1. S. 5.

Gibson, H. G., P. B. Bowman and J. I. Conner, A. filtrable virus as the cause of the early stage of the present epidemie of influenza. Brit. med. Journ. Nr. 3024.

Gioseffi, M., Dysenterie und Malaria. Münchn. med. Woch. Nr. 52. S. 1461.

Götzl, A., Über die herrschende Grippe-Epidemie (nach eigenen Erfahrungen). Wien. med. Woch. Nr. 45. S. 1978.

Grau, H., Beobachtungen zur Influenzafrage. Münchn. med. Woch. Nr. 49. S. 1375.

Greenwood, M., The epidemiology of influenza. Brit. med. Journ. Nr. 3021.

Griesbach, W., Über Serumtherapie des Scharlachs. Therap. Monatsh. 1919. H. 1. S. 22.

Grote, L. R., Serumbehandlung bei bösartiger Influenza. D. med. Woch. Nr. 50. S. 1384.

Groyer, F., Über den Wert der Chininprophylaxe bei Malaria. Wien. klin. Woch. Nr. 47. S. 1253.

Gsell, J. L., Über einen durch Neosalvarsan-Injektion geheilten Fall von Milzbrand. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte. Nr. 45. S. 1505.

Guth, E., Beobachtung bei 1300 Fällen epidemischer Grippe. Wien. klin. Woch. 1919. Nr. 6. S. 143.

Haase, N., und Wohlrabe, Über das Blutbild bei Influenza. D. med. Woch. Nr. 50. S. 1383.

Haberlandt, F., Dysentrische Erscheinungen bei Malaria. Münchn. med. Woch. Nr. 49. S. 1379.

Hansen, Grippe und Salvarsan. Münchn. med. Woch. Nr. 49. S. 1386.

Hartz, A., Behandlung der Pneumonie bei Grippe mit Digitalis. D. med. Woch. Nr. 50. S. 1384.

Herting, Bericht über die Ruhr-Epidemie in der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Galkhausen (Dezember 1916 bis Dezember 1917). Psych.-neur. Woch. 1918/19. Nr. 33/34. S. 213.

Heising, Jos., Influenza und Nephritis. D. med. Woch. 1919. Nr. 1. S. 15.

Heising, J., Zur Prophylaxe der Influenza. Zeitschr. f. Med.-Beamte Nr. 24. S. 506.

Hofbauer, L., Zur Pathogenese der bedrohlichen Erscheinungen bei der Grippe. Wien. klin. Woch. 1919. Nr. 4. S. 85.

Hoffmann, A., und E. Keuper, Zur Influenzaepidemie. D. med. Woch. 1919. Nr. 4. S. 91.

Hohlweg, H., Zur Behandlung von Grippekranken mit Rekonvaleszentenserum. Münchn. med. Woch. Nr. 45. S. 1247.

Hohlweg, H., Zur Pathologie und Therapie der Grippe. Münchn. med. Woch. Nr. 5. S. 123.

Hoppe-Seyler, Zum Krankheitsbild und zur Behandlung der Grippe. D. med. Woch. 1919. Nr. 3. S. 67.

Horder, Th., General principles in the treatment of influenza, with some details appropriate to types of cases occurring in the present epidemic. Lancet Nr. 4969. S. 694.

Horneffer, Dr., Tetanusbehandlung durch Antitoxineinspritzung in den Ventrikel. D. med. Woch. Nr. 50. S. 1386.

Hijmans, H. M., Over behandeling der „Spaansche griep" met collargolclysmata. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. H. 2. Nr. 268. S. 2017.

Ide, Ch. A., Een zeldzaam etteringsproces bij griep (mastitis, spondilitis). Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. H. 2. Nr. 20. S. 1612.

Jacob, J., Thrombose und variolaähnliches Exanthem bei Grippe. D. med. Woch. 1919. Nr. 1. S. 16.

Jagić, N. v., Die diagnostische Verwertung des Leukozytenbildes bei Infektionskrankheiten. Wien. med. Woch. Nr. 42. S. 1842; Nr. 43. S. 1884; Nr. 46. S. 2017.

Jagić, N. v., Fieberkurve und Leukozytenbild bei Grippe. Wien. klin. Woch. Nr. 46. S. 1223.

Jeanneret-Minkine, Remarques concernant la grippe épidémique, son étiologie et son épidémiologie. Revue méd. de la Suisse rom. Nr. 11. S. 634.

Jeanselme, E., et R. Dalimier, La pression artérielle au cours du paludisme secondaire. Presse méd. Nr. 65. S. 599.

Jürgens, Fleckfieberbekämpfung. D. med. Woch. Nr. 51. S. 1426.

Kantorowicz, Nasenblutungen bei der Influenza. Med. Klin. 1919. Nr. 1. S. 16.

Kathe, Pocken ohne Pockenausschlag. D. med. Woch. Nr. 48. S. 1329.

Kautsky, K., Zur Behandlung der schweren Grippefälle. Med. Klin. 1919. Nr. 3. S. 69.

Kirchner, C., Beitrag zur Behandlung der Grippe. Münchn. med. Woch. 1919. Nr. 3. S. 69.

Kirschberg, P., Die spanische Grippe. Die Umschau Nr. 47. S. 605.

Kirstein, A., Staphylokokkengrippe. Allg. med. Zentralzeit. Nr. 47. S. 185.

Klessens, J. J. H. M., Twee gevallen van absces der kleine herzenen. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. H. 2. Nr. 22. S. 1776.

Kleist, K., Psychische und nervöse Störungen bei Influenza. Neur. Zentralbl. 1919. Nr. 2. S. 50.

Klieneberger, C., Die spezifische Behandlung der genuinen Pneumonie. D. med. Woch. Nr. 45. S. 1237.

Koehler, O., Ein Beitrag zur Serologie des Fleckfiebers. Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. Bd. 22. Nr. 24. S. 433.

Köhler, F., Die Behandlung der Grippe mit heißen Vollbädern. Münchn. med. Woch. 1919. Nr. 5. S. 127.

Kolle, V., und H. Schloßberger, Zur Frage der Heilwirkung des Diphtherieserums. Med. Klin. 1919. Nr. 4. S. 83.

Korbsch, R., Zur Bakteriologie der Influenzaepidemie. Med. Klin. 1919. Nr. 3. S. 70.

Koepchen, A., Über die sog. „Spanische Krankheit", insbesondere ihre Ätiologie und Komplikationen von Seiten des Respirationstraktus. Zentralbl. f. innere Med. Nr. 46. S. 737.

Krafft, G.-A., Une epidemie de grippe maligne dans l'armée. Revue méd. de la Suisse rom. Nr. 12. S. 703.

Külz, L., Kriegsärztliche Beobachtungen aus Rumänien; insbesondere über Klinik und Ätiologie der Pellagra. Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. Bd. 22. Nr. 22 u. 23. S. 401.

Ladeck, E., Lungenkranke und „Spanische Grippe". Wien. klin. Woch. Nr. 51. S. 1352.

Lehndorff, A., Zur klinischen Differentialdiagnose bei Paratyphus abdominalis B. Wien. med. Woch. Nr. 49. S. 2147.

Lederer, R., Über schweren Verlauf der Spanischen Grippe. Wien. klin. Woch. Nr. 49. S. 1299.

Leschke, E., Über die Behandlung der Grippe mit Eukupin. D. med. Woch. Nr. 46. S. 1271.

Lieben, S., Beiträge zur Klinik der Infektionskrankheiten. Wien. klin. Woch. 1919. Nr. 2. S. 35.

Liebmann, E., Über die Behandlung schwerer Influenzafälle mit Rekonvaleszentenserum. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 42. S. 1393.

Löffler, G., Kollargol bei Paratyphus. Med. Klin. Nr. 46. S. 1143.

Löning, F., Zur Grippebekämpfung. Münchn. med. Woch. Nr. 49. S. 1374.

Löwenstein, A., Über einen Fall von metastatischer Streptokokkeneiterung im Auge nach spanischer Grippe. Münchn. med. Woch. Nr. 45. S. 1244.

Luithlen, F., und J. Winterberg, Eigenserumbehandlung der Grippelungenentzündung. Wien. klin. Woch. Nr. 45. S. 1206.

Lustig, W., Zur Serumtherapie Grippekranker. Med. Klin. 1919. Nr. 2. S. 42.

Lyon, G., Quelques redites sur le traitement de la grippe. Presse méd. Nr. 57. S. 527.

Macdonald, P., Incubation period of influenza. Brit. med. Journ. Nr. 3018. S. 488.

Macdonald, W. M., T. R. Ritchie, J. C. Fox and P. Bruce White, Purulent bronchitis complicating measles and rubella. Brit. med. Journ. Nr. 3018. S. 481.

Mayer, W., Über Grippe. Wien. klin. Woch. 1919. Nr. 4. S. 82.

Materna, A., und R. Penecke, Zur Ätiologie der Grippe 1918. Wien. klin. Woch. Nr. 46. S. 1221.

Martini, E., Choleraaussichten und Verhütungsmaßregeln. D. med. Woch. 1919. Nr. 5. S. 128.

Martini, E., Das von Osten drohende Fleckfieber. D. med. Woch. 1919. Nr. 1. S. 17.

Martini, E., Fleckfiebersterblichkeit einer christlichen und jüdischen Bevölkerung. D. med. Woch. Nr. 47. S. 1300.

Massini, R., Über die Therapie der Influenza. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 49. S. 1633.

Mathias, Die Rückfallfieberepidemie im Generalgouvernement Warschau im Jahre 1917/18. Zeitschr. f. Med.-Beamte Nr. 24. S. 489.

Matko, J., Der Verlauf der Grippe bei Malariakranken. Wien. klin. Woch. Nr. 50. S. 1323.

Matko, J., Grundzüge für die Heilung und soziale Fürsorge der Malariakranken. Wien. klin. Woch. 1919. Nr. 2. S. 31.

Mayer, M., Ergebnisse und Probleme der Malariaforschung im Kriege. D. med. Woch. 1919. Nr. 3. S. 59.

Meyer, F., und A. Meyer, Zur Klinik und Diagnose periodisch fiebernder Typhusfälle. D. med. Woch. Nr. 45. S. 1239.

Meyer, S., Über stenosierende pseudomembranöse Entzündung der Luftwege bei epidemischer Grippe. D. med. Woch. 1919. Nr. 2. S. 38.

Mietens, C., Über die Beziehungen der Malaria tropica zur Malaria tertiana. Münchn. med. Woch. 1919. Nr. 3. S. 71.

Morawetz, G., Über scharlachartige Exantheme bei der spanischen Grippe. Wien. klin. Woch. Nr. 47. S. 1250.

Miur, R., and C. Haswell Wilson, Observations on influenza and its complications. Brit. med. Journ. Nr. 3027.

Müller, E. Fr., und E. Zalewski, Über Möglichkeiten und Grenzen der Grippetherapie. Med. Klin. Nr. 47. S. 1158.

Niemeyer, M., Spaansche griep en morbus maculosus. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. H. 2. Nr. 24. S. 1897.

Nicolaï, A. C., Diagnostische moeilijkheden bij de huidige influenza-epidemie. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. H. 2. Nr. 24. S. 1893.

Novak, J., und F. Toman, Über Untersuchungen des Magensaftes bei Malariakranken. Wien. klin. Woch. 1919. Nr. 3. S. 66.

Oeller, H., Zur Ätiologie der Influenza. Med. Klin. Nr. 44. S. 1082.

Orbaan Jr., C., Behandeling van verwikkelingen bij griep met sublimaatinspuitingen. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. H. 2. Nr. 24. S. 1899.

Ortner, R. v., Über die herrschende Grippe-Epidemie (nach eigenen Erfahrungen). Wien. med. Woch. Nr. 45. S. 1975.

Patrick, A., Intravenouse saline in blackwater fever. Brit. med. Journ. Nr. 3015.

Payne, E. M., Nasal diphtheria and the epidemia of influenza. Brit. med. Journ. Nr. 3027.

Pfeiffer, Rob., und H. Prausnitz, Rekonvaleszentenserum in der Grippetherapie. Münchn. med. Woch. 1919. Nr. 5. S. 124.

Plehn, A., Mazedonische Malaria oder Malaria der Chiningewöhnten? D. med. Woch. Nr. 46. S. 1269; Nr. 47. S. 1296.

Plehn, Zur Parasitologie, Klinik und Therapie der Malaria. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Nr. 24. S. 655.

Plesch, J., Über die pandemische Grippe. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. 1919. Nr. 1. S. 7.

Raffelt, F., Über Aderlaß bei Influenzapneumonie. Wien. klin. Woch. 1919. Nr. 4. S. 86.

Rautmann, H., Über Ruhr. Med. Klin. Nr. 46. S. 1136; Nr. 48. S. 1187.

Reiß, E., Die Serumbehandlung der Grippe. D. med. Woch. Nr. 48. S. 1328.

Riebold, G., Ein Erklärungsversuch des periodischen Auftretens der Malaria-Rückfälle. Ther. d. Gegenw. H. 12. S. 405.

Robertson, W. F., Influenza; its cause and prevention. Brit. med. Journ. Nr. 3025.

Rogers, L., The advantages of intramuscular injections of soluble cinchonine salts in severe malarial infections. Brit. med. Journ. Nr. 3017.

Rogge, H., und E. Brill, Autoserumbehandlung beim Fünftagefieber. Münchn. med. Woch. Nr. 47. S. 1321.

Rudelsheim, J. S., Paratyphus-B- of Colibacil? Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. H. 1. Nr. 4. S. 336.

Sahli, H., Über die Influenza. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte 1919. Nr. 1. S. 1.

Scheer, K., Zur Serodiagnostik der Grippe. Münchn. med. Woch. 1919. Nr. 3. S. 68.

Schiemann, O., Zur Influenzadiagnose. Med. Klin. Nr. 39. S. 959.

Schiff, Er., und Th. Friedmann, Fortlaufende Untersuchungen über den Hämoglobingehalt des Blutes, ferner über die Zahl und osmotische Resistenz der roten Blutkörperchen beim Scharlach. Monatsschr. f. Kinderheilk. Bd. 15. Nr. 1. S. 7.

Schittenhelm, A., Über die Serumbehandlung der bazillären Ruhr. Med. Klin. 1919. Nr. 2. S. 33.

Schittenhelm, A., und H. Schlecht, Über den Wert provokatorischer Adrenalininjektion bei latenter Malaria. Münchn. med. Woch. Nr. 47. S. 1307.

Schürer, J., Zur Frühdiagnose des Fleckfiebers. Münchn. med. Woch. Nr. 52. S. 1460.

Seyfarth, C., Die Weil-Felixsche Reaktion bei Malaria und Rekurrens und Mischinfektionen dieser Krankheiten mit Fleckfieber. Med. Klin. Nr. 45. S. 1113.

Seyfarth, C., Die „prophylaktische Blutuntersuchung", ein neues Hilfsmittel der Malaria-Vorbeugung. Münchn. med. Woch. Nr. 45. S. 1241.

Siegfried, Ausbruch latenter Malaria nach Entfernung eines Steckgeschosses. D. med. Woch. 1919. Nr. 5. S. 125.

Silbermann, Zur Ätiologie der spanischen Krankheit. D. med. Woch. Nr. 45. S. 1250.

Sobernheim, E., und G. Novaković, Beitrag zur Bakteriologie der Influenza. Münchn. med. Woch. Nr. 49. S. 1373.

Teller, Kollargolbehandlung bei Grippe. D. med. Woch. Nr. 51. S. 1423.

Thomson, J. G., Preliminary note on the complement deviation in cases of malaria: a new aid to diagnosis. Brit. med. Journ. Nr. 3023.

Thomson, J. A., Pulmonary spirochaetosis. A preliminary note on spirochaetes in the sputum of soldiers admitted to special malaria wards. Brit. med. Journ. Nr. 3026.

Tietze, Zur Silberbehandlung des Fleckfiebers. Med. Klin. Nr. 48. S. 1189.

Vaubel, Die Verwendung von Diphtherieheilserum bei Influenzaerkrankungen. Münchn. med. Woch. 1919. Nr. 3. S. 70.

Velden, R. v. d., Zur Grippebehandlung. D. med. Woch. Nr. 52. S. 1446.

Vincent, H., Lochon et Bezançon, La prophylaxie mécanique de la grippe et de quelques autres maladies contagieuses. Presse méd. Nr. 58. S. 540.

Violle, H., Pandémie de grippe. Presse méd. Nr. 57. S. 525.

Vitoux, G., Le microbe de la grippe. Presse méd. Nr. 58. S. 537.

Vorster, J. C. P. J., Sublimaat-behandeling bij Spaansche griep. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. H. 2. Nr. 24. S. 1892.

Waetzoldt, G. A., Über die diesjährige Influenzaepidemie. Ther. d. Gegenw. H. 11. S. 384; H. 12. S. 423.

Wagner, G. A., Zur Behandlung der Grippepneumonie. Wien. klin. Woch. Nr. 46. S. 1224.

Wanner, Fr., La grippe à l'hôpital d'isolement de Vevey en Juillet—Août 1918. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 52. S. 1729.

Wassermann, S., Über einige beachtenswerte Krankheitserscheinungen der derzeitigen pandemischen Influenza. Wien. klin. Woch. Nr. 49. S. 1300.

Waugh Scott, G., Quinine prophylaxis in malaria. Brit. med. Journ. Nr. 3017.

Weber, Psychische Störungen bei der Grippeepidemie. D. med. Woch. Nr. 52. S. 1445.

Westerbeck van Eerten, B. J., Sublimaatbehandeling bij „Spaansche griep". Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. H. 2. Nr. 24. S. 1901.

Wiener, E., Klinik und Therapie der Malaria. Wien. Urban & Schwarzenberg. 126 S. mit 34 Kurven. Brosch. 7 Mk., geb. 8 Mk. 60 Pf.

Wiener, E., Zur Ätiologie der Spanischen Grippe. Wien. klin. Woch. Nr. 49. S. 1303.

v. Wiesner, Zur Ätiologie der derzeitig herrschenden Grippe-Epidemie. Wien. med. Woch. Nr. 45. S. 1969.

Witte, F., Zur Behandlung der Grippe mit Kollargol. D. med. Woch. Nr. 45. S. 1250.

Wolff-Eisner, A., Die Behandlung der Grippe mit Adrenalininhalationen, zugleich ein Beitrag zur Behandlung und Verhütung der Bronchopneumonien überhaupt. Münchn. med. Woch. 1919. Nr. 1. S. 15.

Wolff, W., Zur Grippetherapie, insbesondere mit Fulmargin. D. med. Woch. Nr. 51. S. 1423.

Woodcock, H. M., Note on the epidemiology of amoebic dysentery. Brit. med. Journ. Nr. 3026.

Zangger, Th., Zur Hydrotherapie der Malaria. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 52. S. 1751.

Zeuner, W., Guajakoltherapie bei spanischer Grippe. Therap. Monatsh. H. 11. S. 423.

Zuelzer, G., Die Untersuchung des Exanthems bei latentem Fleckfieber und bei Malaria nach der Weißschen Kapillarbeobachtungsmethode. Münchn. med. Woch. Nr. 50. S. 1401.

3. *Tuberkulose.*

Alexander, F., Studien über die Malariaepidemiologie. Med. Klin. Nr. 51. S. 1255.

Bacmeister, A., Die häusliche Behandlung der beginnenden Lungentuberkulose. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. 1919. Nr. 1. S. 11.

Baum, F., Über Tuberkulosebehandlung mit lebenden Kaltblüter-Tuberkelbazillen. D. med. Woch. Nr. 51. S. 1431.

Bergmann, H., Zur Tuberkulindiagnostik. D. med. Woch. 1919. Nr. 3. S. 73.

Blöte, H. W., Over de erfelijke voorbeschiktheid voor tuberculose. Med. Weekbl. Nr. 30. S. 465.

Blumenfeldt, E., Gibt es ein charakteristisches weißes Blutbild bei der Lungentuberkulose?

Zeitschr. f. exper. Path. u. Ther. Bd. 20. H. 1. S. 14. 1919.

Breccia, G., Hypocapacité respiratoire du sommet sans manifestation de localisation tuberculeuse. Presse méd. Nr. 68. S. 629.

Cyriax, R. J., Blood pressure in pulmonary tuberculosis. Brit. med. Journ. Nr. 3021.

Dufourmentel, L., A propos du traitement chirurgical des adénopathies tuberculeuses. Presse méd. Nr. 67. S. 621.

Friedmann, F. F., Über Tuberkulosebehandlung mit lebenden Kaltblüter-Tuberkelbazillen. D. med. Woch. Nr. 47. S. 1307.

Gabbe, E., Beitrag zur Therapie der Menstruationsstörungen bei Lungentuberkulose. Zeitschr. f. Tuberk. Bd. 29. H. 6. S. 330.

Gabbe, E., Erfahrungen in der diagnostischen und therapeutischen Anwendung der Deycke-Muchschen Partialantigene bei der Lungentuberkulose. Münchn. med. Woch. Nr. 50. S. 1408.

Geldere, A. van, en A. van Voorthuijsen, Tandbederf en tuberculose. Pais Bd. 2. Nr. 12. S. 186.

Grau, H., Über das Krankheitsbild der zerstreutherdigen, wahrscheinlich auf dem Blutweg entstandenen Fälle von Lungentuberkulose. Zeitschr. f. Tuberk. Bd. 29. H. 6. S. 321.

Grau, H., Zur Entstehung der Pleuritis exsudativa initialis bei Tuberkulose. D. med. Woch. Nr. 46. S. 1272.

Hamburger, F., und R. Müllegger, Beobachtungen über die Tuberkuloseinfektion. Wien. klin. Woch. 1919. Nr. 2. S. 33.

Hannema, L. S., Thoracoplastiek bij chronische longtuberculose. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. H. 2. Nr. 21. S. 1661.

Kleinschmidt, H., Über Tuberkulindiagnostik im Kindesalter, mit besonderer Berücksichtigung des Perlsuchttuberkulins. Med. Klin. Nr. 47. S. 1153.

Köhler, F., Zur kritischen Wertung der Lungentuberkulose. Med. Klin. Nr. 48. S. 1177.

Kraus, F., Nachuntersuchung mit dem Friedmannschen Verfahren im Jahre 1913 behandelter Tuberkulöse r. D. med. Woch. Nr. 52. S. 1441.

Kühn, A., Zur Behandlung der Lungentuberkulose mit Kieselsäure. Münchn. med. Woch. Nr. 52. S. 1459.

Loewenhardt, F. E. R., Zur Behandlung der Tuberkulose mit Partialantigen, nach *Deycke-Much*. D. med. Woch. Nr. 48. S. 1327.

Mayer, A. E., Beitrag zur Lehre von der Vererbung eines Locus minoris resistentiae bei der Lungentuberkulose. Zeitschr. f. Tuberk. Bd. 29. H. 5. S. 257.

Müller, W., Die Behandlung der Lungentuberkulose mit isolierten Partialantigenen und mit dem Partialantigengemisch M. T. b. R. Münchn. med. Woch. Nr. 45. S. 1246.

Moore, B., Factory and workshop conditions and the prevalence of pulmonary phthisis: the nead for an industrial health service. Lancet Nr. 4967. S. 618.

Morris, M., The past and future of the crusade against tuberculosis. Brit. med. Journ. Nr. 3020.

Mouisset, F., Mentalité des tuberculeux. Presse méd. Nr. 59. Suppl. S. 694.

Neander, G., Översikt över 1918 ars landstings viktigare beslut angaende tuberkulossjukvarden. Svenska Nationalf. mot Tuberkulos H. 4. Kvartalsskrift S. 50.

Přibram, B. O., Phrenikotomie bei Hämoptöe und einseitiger Lungentuberkulose. Wien. klin. Woch. Nr. 48. S. 1275.

Radwansky, Solarson im Frühstadium der Lungentuberkulosen. D. med. Woch. 1919. Nr. 3. S. 74.

Rickmann, Grippe und Lungentuberkulose. D. med. Woch. 1919. Nr. 3. S. 39.

Stheeman, H. A., De intradermale tuberculine behandeling. Nederl. Maandschr. v. verlosk., en vrouwenz. en kindergeneesk. Bd. 7. Nr. 8. S. 466.

Thausing, H., Über eine Voraussetzung aller Tuberkulosebekämpfung. Wien. klin. Woch. Nr. 45. S. 1197.

Vogel, K., Über das Friedmannsche Heilmittel. Münchn. med. Woch. Nr. 48. S. 1350.

Weiß, M., und L. Spitzer, Erfahrungen über Tebezinbehandlung beim tuberkulösen Lymphom. Med. Klin. Nr. 47. S. 1165.

4. *Krankheiten des Respirationsapparates (exkl. Phthise).*

Dickson, D. E., On the treatment of pneumonia. A series of 67 cases with 2 deaths. Brit. med. Journ. Nr. 3016.

Fleckseder, R., Zur Prognose der Lungenseuche infolge Grippe. Wien. klin. Woch. Nr. 48. S. 1272.

Guthrie, A. C., Lobar pneumonia complicated by pleurisy treated with polyvalent serum. Brit. med. Journ. Nr. 3015.

Henius, K., Resorption von Stickstoff und Luft beim künstlichen Pneumothorax. D. med. Woch. 1919. Nr. 2. S. 36.

Henius, K., Neue Methodik beim Anlegen des künstlichen Pneumothorax und neuer einfacher Apparat. D. med. Woch. 1919. Nr. 3. S. 69.

Kleemann, H., Über Pneumothorax durch gesteigerten Lungeninnendruck. Med. Klin. Nr. 44. S. 1092.

Klinkert, H., en R. de Josselin de Jong, Boosaardige longgezwellen. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. H. 2. Nr. 23. S. 1854.

Lewin, L., Die toxische Pneumonie. Med. Klin. Nr. 39. S. 951.

Lillingston, C., The spacing of injections in the maintenance of a pneumothorax. Lancet Nr. 4970. S. 739.

Löwy, O., Fall von hämorrhagischen, variolaähnlichem Exanthem bei Pneumonie. D. med. Woch. Nr. 47. S. 1299.

Massalongo, R., La patologia dell'asma e la medicazione surreno-ipofisaria. Rivista crit. di clin. med. Nr. 40.

Meyer, H., Zur Behandlung des parapneumonischen Empyems. Med. Klin. Nr. 49. S. 1209.

Neuda, P., Vorläufige Mitteilung über ein besonderes Krankheitsbild bei Heimkehrern. (Bronchopneumonie mit Milztumor und Bradykardie.) Med. Klin. Nr. 45. S. 1107.

Perthes, Über die Behandlung der Brustfellentzündungen nach Schußverletzungen. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Nr. 23. S. 617.

Strauß, H., Über Menthol-Eukalyptol-Injektionen bei Lungengangrän und chronisch-pneumonischen Prozessen. Ther. d. Gegenw. H. 11. S. 361.

Unverricht, W., Zur Verdeutlichung leichter Lungenspitzendämpfungen. D. med. Woch. Nr. 50. S. 1383.

Wachter, F., Intravenöse Kollargoltherapie bei Influenzapneumonie. D. med. Woch. Nr. 47. S. 1295.

Weber, J. Parkes, Spontaneous pneumothorax in the course of influenzal pneumonia. Brit. med. Journ. Nr. 3027.

5. *Krankheiten des Zirkulationsapparates.*

Aßmann, H., Das Myxödemherz. Münchn. med. Woch. 1919. Nr. 1. S. 9.

Bonnet, Vingt et un cas d'anévrisme de l'aorte. Marseille méd. Nr. 8. S. 305.

Böttner, A., Über einen Fall von jugendlicher isolierter Aortenstenose mit Berücksichtigung des Elektrokardiogramms, der Spitzenstoß- und Pulskurven. Münchn. med. Woch. Nr. 50. S. 1399.

Büdingen, Th., Grundzüge der Ernährungsstörungen des Herzmuskels (Kardiodystrophien) und ihrer Behandlung mit Traubenzuckerinfusionen. D. med. Woch. 1919. Nr. 3. S. 64.

Chevrier, L., Contribution à l'étude de la transformation des anévrismes artério-veineux. Presse méd. Nr. 70. S. 645.

Dietlen, H., Zur Frage des „kleinen Herzens". Münchn. med. Woch. 1919. Nr. 1. S. 9; 1919. Nr. 2. S. 47.

Groot, Sr., J. de, Cardiospasmus. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 2. Hälfte Nr. 21. S. 1712.

Hampeln, P., Über Ferntöne an Herz und Gefäßen. D. med. Woch. 1919. Nr. 1. S. 19.

Heck, G. van, Aneurysma van de aorta descendens met doorbraak in linker long en pleuraholte. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 2. Hälfte Nr. 17. S. 1417.

Hudson, B., A case of subacute infective endocarditis. Brit. med. Journ. Nr. 3019. S. 512.

Indemans, J. W. M., Dextro-cardia congenita of situs cordis inversus. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 2. Hälfte Nr. 17. S. 1405.

Jagic, N. v., und J. Sladek, Über Leistungsfähigkeit Herzkranker. Med. Klin. Nr. 2. S. 37.

Leschke, E., Irrtümer in der Erkennung und Beurteilung von Herzleiden. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Nr. 23. S. 626.

Lutembacher, R., Endocardite infectieuse secondaire des cardiaques. Presse méd. Nr. 59. S. 546.

Poulton, E. P., and H. M. Stewart, A case of repeated cessation of the heart heat. Lancet Nr. 4970. S. 738.

Pulay, E., Klinische Beobachtungen über pathologische Herzbefunde bei Malaria. Med. Klin. Nr. 45. S. 1120.

Rudolf, R. D., A case of valvular disease of the heart, showing unusual powers of physical endurance. Brit. med. Journ. Nr. 3027.

6. *Krankheiten des Digestionsapparates (Bauchfell, Milz).*

Barton, E. B., Pyloric stenosis with accompanying spasmodic dysphagia. Brit. med. Journ. Nr. 3019. S. 514.

Baumstark, R., Der diagnostische Wert des Nachweises okkulten Blutes in den Fäzes. Zu den gleichnamigen Veröffentlichungen von mir in Nr. 25 und von DDr. *Schlesinger, Bras, Pochhammer* in Nr. 32, 36, 39 dieser Wochenschrift. D. med. Woch. 1919. Nr. 1. S. 21.

Beckmann, K., Über die klinische und röntgenologische Diagnose des Magengeschwürs. Württemb. med. Korr.-Bl. Nr. 47. S. 409.

Brun, G., Le point douloureux lombaire inférieur droit dans les crises d'appendicite aiguës. Presse méd. Nr. 3. S. 23.

Brüning, Fr., Ösophagotomie oder Extraktion mittels des Ösophagoskopes bei eingekeilten Fremdkörpern in der Speiseröhre und Bemerkungen über Karotisunterbindungen. D. med. Woch. Nr. 50. S. 1367.

Cantacuzène, J., Sur une épidémie d'ictère observée en Roumanie pendant la campagne de 1917. Presse méd. Nr. 59. S. 541.

Carman, R. D., Roentgenologie aspects of hourglass stomach. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 27. Nr. 4. S. 426.

Disqué, Funktionelle oder organische Magenleiden? Med. Klin. Nr. 51. S. 1258.

Drewitz, P., Vorschlag zur Verhütung der Inanition bei hohen Darmfisteln durch Wiedereinführung des ausfließenden Speisebreies in den unteren Darmteil. D. med. Woch. Nr. 45. S. 1251.

Düring, M., Zur Pathologie und Therapie schwerer chronischer Diarrhöen. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte N. 51. S. 1697.

Eunike, K. W., Die Behandlung der vorgeschrittenen Peritonitis. Med. Klin. Nr. 45. S. 1112.

Faulhaber, M., Die Röntgendiagnostik der Darmkrankheiten. Zweite stark vermehrte und verbesserte Auflage von Dr. *L. Katz.* (Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Verdauungs- und Stoffwechsel-Krankheiten V. Band. H. 1.) Halle a. d. S., Carl Marhold. 78 S. m. 36 Abb. im Text. Preis 3 Mk.

Feig, S., Beitrag zur Kenntnis des Skorbuts mit besonderer Berücksichtigung seiner hämorrhagischen Komponente. Med. Klin. Nr. 49. S. 1207.

Foges, A., Zum Wesen der Colica mucosa. Wien. klin. Woch. Nr. 49. S. 1295.

Freund, L., Eine neue Untersuchungsmethode des Magen- und Darmulkus. D. med. Woch. Nr. 49. S. 1345.

Friedemann, M., Über intravenöse Dauer-Tropf-Infusionen bei erschöpfenden Durchfällen. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. 1919. Nr. 2. S. 45.

Friedrich, W. v., Die kombinierte interne Behandlung der tuberkulösen Bauchfellentzündung. Zeitschr. f. Tuberk. Bd. 29. H. 5. S. 279.

Günzburg, Über Sekretionsstörungen des Magens. Med. Klin. Nr. 48. S. 1179.

Heß, O., Darmspasmen und eigenartige Selbsthilfe. Münchn. med. Woch. Nr. 49. S. 1383.

Holzknecht, G., Das Übersehen von Röntgenbefunden des Ösophagus und seine Vermeidung. Zugleich ein Beitrag zur Erhebung und Abfassung des internistischen Röntgenbefundes. Wien. klin. Woch. 1919. Nr. 5. S. 112.

Hijmans, H. M., De behandeling van de maagzweer en van de zweer in den twaalfvingerigen darm. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 1. S. 145.

Iselin, H., Über Magenresektion bei kallösen Geschwüren der kleinen Kurvatur und maligne Entartung des Ulcus ventriculi überhaupt. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 43. S. 1425.

Jonas, S., Über die Druckpunkte des Ulcus ventriculi und duodeni und ihre Objektivierung durch die erhöhte Kontraktilität der Muskulatur; Latenz und Akuität des Geschwüres. Wien. klin. Woch. 1919. Nr. 7. S. 161.

Jones, N. M., and A. A. Eisenberg, Inflammatory neoplasms of the intestine simulating malignancy. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 27. Nr. 4. S. 420.

Koetser, D. H., Acute zwelling der oorspeekselkhier. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 2. Hälfte Nr. 25. S. 1967.

Kuttner, L., und S. Gutmann, Zur Methodik des okkulten Blutnachweises in den Fäzes. D. med. Woch. Nr. 46. S. 1265.

Lachmann, Ein im Feldlazarett beobachteter und operierter Fall von Hirschsprungscher Krankheit. Münchn. med. Woch. Nr. 45. S. 1244.

Lammers, H., Het Röntgenonderzoek van de maagzweer en van de zweer in den twaalfvingerigen

darm. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 1. S. 142.

Lindström, E., Fall av kardiospasm med oesophagusdilatation. Hygiea. Bd. 80. H. 20. S. 1169.

Lynch, J. M., Cancer of the rectum. Surg., Gyn and Obst. Bd. 27. Nr. 4. S. 410.

Müller, O., Über Verstopfung. Württemb. med. Korr.-Bl. Nr. 45. S. 393.

Pauchet, V., Tumeurs du gros intestin, diagnostic et traitement. Presse méd. Nr. 59. S. 543.

Ronburgh, A. C., A case of acute yellow atrophy. Brit. med. Journ. Nr. 3016.

Scheer, A. van der, Amoeben-dysenterie. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 2. Hälfte. Nr. 21. S. 1716.

Schlecht, H., Trichozephaliasis und okkultes Blut. D. med. Woch. Nr. 52. S. 1444.

Schmidt, A., Altes und Neues aus der Magenpathologie. Zentralbl. f. innere Med. Nr. 48. S. 769.

Scholy, F. A., De diagnose van de maagzweer en van de zweer in den twaalfvingerigen darm. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 1. S. 130.

Scholz, H., Die differentialdiagnostische Bedeutung des Urobilinogens für Magenkrebs und Anämien. D. med. Woch. 1919. Nr. 3. S. 62.

Schüffner, W., Über infectiösen Icterus und über einen Spirochätenbefund bei einer klinisch als Schwarzwasserfieber verlaufenen Erkrankung. Geneesk. Tijdschr. voor Nederl.-Indië. Bd. 58. H. 3.

Siegrist, H., Ein Beitrag zur Kasuistik der Duodenaldivertikel. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte. 1919. Nr. 2. S. 47.

Singer, G., Die akute Blutung beim Magen- und Zwölffingerdarmgeschwür und die Anzeigen zum chirurgischen Eingreifen. Med. Klin. Nr. 46. S. 1131.

Starp, J. A. van der, Een geval van anaemie door trichocephalus dispar. Nederl. Maandschr. voor verlosk. Bd. 7. Nr. 10. S. 601.

Veale, R. A., and B. H. Wedd, A case of fatal joundice. Brit. med. Journ. Nr. 3013.

Watts, St. H., The treatment of certain forms of subacute pancreatitis. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 27. Nr. 3. S. 286.

Woodburn Morison, J. M., A case of intestinal obstruction. Brit. med. Journ. Nr. 3019. S. 513.

Wolfsohn, G., Die Ätherbehandlung der Peritonitis. Münchn. med. Woch. Nr. 49. S. 1383.

7. *Krankheiten des Harnapparates, der Nebennieren, der männlichen Genitalien.*

Allbutt, T. Cl., A clinical lecture on renal dropsy. Brit. med. Journ. Nr. 3015.

Becker, J., Über Nierenechinokokken. D. med. Woch. Nr. 50. S. 1390.

Begun, A., und E. Münzer, Nierenleiden und die Pathogenese ihrer Symptome. Zeitschr. f. exper. Path. u. Ther. Bd. 20. H. 1. S. 78. 1919.

Bergé, A., et E. Schulmann, Le rythme de la polyurie hypophysaire. Presse méd. Nr. 67. S. 618.

Davidsohn, H., Über die akute eiweißfreie Nephritis. D. med. Woch. 1919. Nr. 4. S. 98.

Fahr, Th., Kurzer Beitrag zur Frage der Nephrose. Zentralbl. f. allg. Path. und path. Anat. Bd. XXIX. Nr. 21. S. 569.

Gouget, A., Les néphrites de la guerre. Presse méd. Nr. 60. S. 553.

Harmsen, E., Kriegsnephritis. Klin.-therap. Woch. Nr. 41 u. 42. S. 315.

Herxheimer, G., und W. Roscher, Über Hautveränderungen bei Nephritis usw. Münchn. med. Woch. Nr. 52. S. 1451.

Hirschfeld, F., Die Erhaltung der Konzentrationsfähigkeit der erkrankten Niere und die Ernährung bei akuten Nierenentzündungen. Med. Klin. 1919. Nr. 1. S. 12.

Junghanns, O., Ein weiterer Fall von Urethritis non gonorrhoica und septischer Allgemeinerkrankung. D. med. Woch. Nr. 47. S. 1304.

Mayer, J., Zur Therapie der Nierensteine. Württemb. med. Korr.-Bl. Nr. 50. S. 434.

Monakow, P. v., und Mayer, Fr., Über den Einfluß der Erschwerung des Harnabflusses auf die Nierenfunktion. D. Arch. f. klin. Med. Bd. 128. H. 1. S. 20.

Mosler, E., Zur Behandlung der Kriegsnephritis in Spezial-Lazaretten. Zeitschr. f. phys. u. diät. Ther. H. 12. S. 459.

Munk, F., Pathologie und Klinik der Nephrosen, Nephritiden und Schrumpfnieren. Einführung in die moderne klinische Nierenpathologie. Wien. Verl. v. Urban & Schwarzenberg. 368 S. m. 27 Textfiguren u. 4 farbigen Tafeln. Preis geb. 20 Mk., br. 18 Mk.

Port, F., Über Cholesterinämie bei Nephropathien. D. Arch. f. klin. Med. Bd. 128. H. 1. S. 61.

Scholz, H., Zur Behandlung der Enuresis nocturna. Therap. d. Gegenw. 1919. H. 1. S. 10.

Schütz, J., Über Begutachtung von Nierenkranken. Med. Klin. Nr. 49. S. 1204.

Tapie, J., Hépato-néphrite aiguë massive (anurie; hyperazotémie; réaction myéloïde aberrante; guérison). Presse méd. Nr. 58. S. 534.

Wobus, R. E., Congenital polycystic kidney; with a report of four cases occurring in children of the some mother. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 27. Nr. 4. S. 423.

Zahn, Th., Beobachtungen über Reizblase. Württemb. med. Korr.-Bl. Nr. 49. S. 425.

8. *Krankheiten der Bewegungsorgane, Rheumatismus.*

Fahr, Th., Zur Frage des Rheumatismus nodosus. Zentralbl. f. allg. Path. u. path. Anat. Bd. XXIX. Nr. 23. S. 625.

Krebs, W., Zur nichtchirurgischen Behandlung der chronischen Arthritiden. Zeitschr. f. phys. u. diät. Ther. H. 11. S. 434; H. 12. S. 467.

Strangeways, T. P. S., Some remarks on the morbid anatomy and histology of rheumatoid arthritis. Brit. med. Journ. Nr. 3023.

Wiesner, R. R. v., Über Polymyositis acuta. Gleichzeitig ein Beitrag zur Kenntnis der Infektion mit Streptococcus pleomorphus. Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 31. H. 1 u. 2. S. 1.

9. *Krankheiten des Nervensystems.*

Bauer, J., Zur Pathologie der Pupillenbewegung. (Die Lokalisation des Argyll Robertsonschen Phänomens. Pupillenverengerung durch intendierten Blick nach aufwärts bei Okulomotoriuslähmung. Perverse Konvergenzreaktion.) D. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 61. H. 1—6. S. 144.

Becker, R., Die Nervosität bei den Juden. Ein Beitrag zur Rassenpsychiatrie für Ärzte und gebildete Laien. Zürich. Verl. Orell Füßli. 31 S. Preis 2 Mk.

Benedek, L., Über die Auslösung von epileptischen Anfällen mit Nebennierenextrakt. Wien. klin. Woch. Nr. 52. S. 1365.

Bolten, H., Urticaria als verschijnsel van hypothyreoidie (resp. van sympathicus-hypotonie). Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 2. Hälfte Nr. 22. S. 1747.

Böttner, A., Über erhöhten Zerebrospinaldruck bei Polyzythämie (seine Entstehung, seine klinische

und therapeutische Bedeutung mit besonderer Berücksichtigung von 2 Fällen. Münchn. med. Woch. Nr. 47. S. 1309.

Brösamlen, O., Echinokokkus der Lendenwirbelsäule mit Läsion der Cauda equina. Münchn. med. Woch. Nr. 50. S. 1400.

Burrow, J. le Fleming and H. S. Carter. Preliminary note on investigations upon one thousand consecutive cases of peripheral nerves injury. Brit. med. Journ. Nr. 3020.

Chartier, M., A propos de „l'encéphalite léthargique". Presse méd. Nr. 71. S. 660.

Curschmann, H., Diagnotisches und Therapeutisches bei Menièreschen Symptombildern. Therap. Monatsh. 1919. H. 1. S. 9.

Curschmann, H., Epilepsie und Tetanie. D. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 61. H. 1—6. S. 1.

Demmer, F., Zur Verhütung und Behandlung der Encephalitis. Zentralbl. f. Chir. Nr. 47. S. 842.

Dubs, J., Über isolierte, traumatische Lähmung des Nervus suprascapularis. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte. Nr. 39. S. 1305.

Dubs, J., Über die traumatische Luxation des Nervus ulnaris. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte. Nr. 51. S. 1711.

Eskuchen, K., Der Wert der Sublimatreaktion (Weichbrodt) für die Liquordiagnostik. Münchn. med. Woch. Nr. 45. S. 1237.

Fabian, H., Hysterische Kieferklemme. Med. Klin. Nr. 44. S. 1094.

Felz, J., Ein Fall von Polymyositis acuta. Med. Klin. Nr. 47. S. 1163.

Flensch, J., Über Kriegslumbago. Psych.-neur. Woch. Nr. 41 u. 42. 1918/19. S. 259.

Freund, E., Versuch einer Behandlung der Meningitis epidemica mit dem Gonokokkenvaccin Arthigon. Med. Klin. Nr. 45. S. 1115.

Fried, O., Ein Fall von „juveniler", progressiver, myopathischer Muskeldystrophie nebst 2 Vergleichsfällen. Münchn. med. Woch. Nr. 47. S. 1324.

Giron, E., Causalgies et syndromes douloureux d'origine sympathique. Presse méd. Nr. 63. S. 584.

Grosz, K., Über periodische Schlafzustände (symptomatische Narkolepsie) bei einem Gehirntumorkranken. Wien. klin. Woch. 1919. Nr. 3. S. 64.

Hall, J. Walker, Blood agglutinins in meningococcal attachs. Brit. med. Journ. Nr. 3025.

Hall, A. J., Epidemic encephalitis. Brit. med. Journ. Nr. 3017.

Hanser, A., Viszerale Analgesie der Tabischen. D. med. Woch. 1919. Nr. 5. S. 129.

Heinrich, R., Der Schlaf und die Behandlung der nervösen Schlaflosigkeit. Therap. d. Gegenw. H. 11. S. 364.

Hohmann, G., Ersatz des gelähmten Biceps brachii durch den Pectoralis major. Münchn. med. Woch. Nr. 45. S. 1240.

Hohmann, G., Die Indikation zur Sehnenverpflanzung und ihre Anwendung bei Schußlähmung. peripherer Nerven. Münchn. med. Woch. Nr. 48. S. 1349.

Hölzl, Vaccineurin, ein wertvolles Heilmittel für Neuralgien und Nervenentzündungen. Therap. d. Gegenw. H. 11. S. 373.

Hoogslag, W., Genezing van epidemische nekkramp door aftapping van ruim een Liter ruggemergsvocht. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 2. Hälfte Nr. 20. S. 1613.

Hundeshagen, K., Ein Fall von Paratyphus-B-Meningitis. D. med. Woch. Nr. 46. S. 1274.

Jellinek, St., Kriegsneurose und Sinusstrom. Med. Klin. Nr. 44. S. 1085.

Kaulbersz, G. J. v., Die elektrische Erregbarkeit der Nerven und Muskeln bei totaler Querschnittsläsion des Rückenmarkes. Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 31. H. 1 u. 2. S. 158.

Klessens, J. J. H. M., Twee gevallen van gezwel der centrale winding. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 2. Hälfte Nr. 22. S. 1778.

Klessens, J. J. H. M., Schijngezwellen der hersenen (Nephritis chronica met thrombosis cerebri en neuritis optica; arteriosclerosis cerebri). Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 2. Hälfte Nr. 22. S. 1781.

Kowarschik, J., Zur Elektrotherapie der Ischias. Eine neue Methode der Galvanisation. Münchn. med. Woch. Nr. 46. S. 1293.

Levy-Suhl, Über die dreifache psychische Wurzel der hysterischen Krankheitserscheinungen. D. med. Woch. 1919. Nr. 5. S. 130.

Liebers, Steigerung der Bauchdeckenreflexe bei funktionellen Neurosen. Münchn. med. Woch. Nr. 47. S. 1320.

Lippmann, H., Polyneuritis nach Fleckfieber. D. med. Woch. Nr. 51. S. 1425.

Lüdke, H., Über die epidemische Meningitis. D. med. Woch. Nr. 50. S. 1380.

Marburg, O., Zur differentiellen Diagnose lokalisierter spinaler Prozesse. Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 31. H. 1 u. 2. S. 46.

Marcovici, E., Zwei Fälle von Aphasie im Verlaufe der herrschenden Grippeepidemie. Wien. klin. Woch. Nr. 49. S. 1302.

Marguliés, Die hysterische Facialislähmung. Med. Klin. 1919. Nr. 3. S. 60.

Mayer, C., Zur Kenntnis der Gelenkreflexe der oberen Gliedmaßen. Innsbruck. Druck u. Verlag der Wagnerschen k. k. Univ.-Buchdruckerei. 68 S. mit 4 Abbild. im Text.

Müller, L. R., Die Blaseninnervation. D. Arch. f. klin. Med. Bd. 128. H. 2. S. 81.

Nathan, E., und R. Weichbrodt, Zur Sero- und Liquordiagnostik syphilitischer Zerebrospinalerkrankungen mittels Ausflockung. Münchn. med. Woch. Nr. 46. S. 1280.

Naville, F., Hystérie ou pithiatisme? Exposé critique de la doctrine de Babinski, et réflexions à propos d'une observation d'hysterie. Rev. méd. de la Suisse rom. 1919. S. 13.

Oczeret, H., Die Nervosität als Problem des modernen Menschen. Ein Beitrag zur psychologischen Weltbetrachtung. Zürich. Verl. Orell Füßli. 95 S. Preis 4 Mk.

Perthes, Über die Behandlung der Schmerzzustände bei Schußneuritis mittels der Vereisungsmethode von *W. Trendelenburg*. Münchn. med. Woch. Nr. 49. S. 167.

Pichler, K., Einseitiger Schwund des Wangenfett-Pfropfes. D. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 61. H. 1—6. S. 181.

Piltz, J., Ein Beitrag zum Studium der sogenannten Kriegsneurosen und deren Behandlung auf Grund eigener Erfahrungen. Neur. Zentralbl. Nr. 21. S. 716; Nr. 22. S. 748.

Plaut, F., Über positiven Wassermann im Liquor bei nicht luetischer Meningitis. Bemerkungen zu dem Artikel von Dr. *C. Krämer II* in Nr. 41 dieser Wochenschrift. Münchn. med. Woch. Nr. 45. S. 1247.

Rosenblath, Über die Entstehung der Hirnblutung bei dem Schlaganfall. D. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 61. H. 1—6. S. 10.

Sasse, A., Eine Wärmschiene zur Ischiasbehandlung. D. med. Woch. 1919. Nr. 3. S. 76.

Schreiber, A., Weitere Beiträge zum Kapitel vom Formenreichtum der multiplen Sklerose. D. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 61. H. 1—6. S. 341.

Schulte, J. E., Verlamming van den N. vagus, accessorius en sympathicus cervicalis bij angina. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 3. S. 264.

Schüpfer, F., Sopra un caso di epilessia Jacksoniana per tumore del piede della seconda circonvoluzione frontale destra. Rivista crit. di clin. med. Nr. 38 u. 39.

Söderbergh, G., Eine semiologische Studie über einen Fall extrapyramidaler Erkrankung (Wilsons Krankheit, bzw. Pseudosklerose). Nord. med. Ark. Bd. 51. Abt. III. H. 1. S. 71.

Sterling, W., „Degenerativ genito-sclerodermica" als besondere Abart der pluriglandulären Insuffizienz. D. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 61. H. 1—6. S. 192.

Stiefler, G., Über nervöse und psychische Erschöpfungszustände im Kriege. Klin.-ther. Woch. Nr. 47 u. 48. S. 376.

Valberg, M., Fall von Polyneuritis puerperalis toxica recidivans. Nord. med. Ark. Bd. 51. Abt. II. H. 1. S .13.

Villaret, M., et Faure-Beaulieu, Le syndrome nerveux de l'espace rétro-parotidien postérieur. Presse méd. Nr. 64. S. 591.

Voß, G., Über psychogene Schmerzen nach Nervenverletzung. Münchn. med. Woch. Nr. 1. S. 16.

Widmann, N., Das Krankheitsbild der amnestischen Aphasie mit Alexie, Agraphie und schwachen Spuren von Ataxie. Zeitschr. f. Kinderforsch. H. 10 u. 11. S. 24.

10. *Krankheiten des Blutes.*

Brösamlen, O., Über die klinische Bedeutung der eosinophilen Leukozyten bei der Vakzinebehandlung. Zeitschr. f. exper. Path. u. Ther. Bd. 20. H. 1. S. 36. 1919.

Hansemann, D. v., Akute Leukämie. Med. Klin. 1919. Nr. 1. S. 5.

Kaznelson, P., Seltene Zellformen des strömenden Blutes (Megakaryozyten, Histiozyten, Endothelien). D. Arch. f. klin. Med. Bd. 128. H. 2. S. 131.

Löffler, W., Entgegnung auf die Bemerkungen Herrn Prof. *Bürgis* auf meine Arbeit über die Therapie der Anämien. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 48. S. 1618.

Löffler, W., Klinische und experimentelle Beobachtungen über die Therapie der Anämien unter besonderer Berücksichtigung des Chlorosans Bürgi. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 46. S. 1522.

Munk, E., Zur Kenntnis der mit maligner Geschwulstbildung einhergehenden Leukämien. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte. Nr. 50. S. 1671.

Nolen, W., Indische spruw en pernicieuse anämie. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 2. Hälfte Nr. 18. S. 1515.

Pick, F., Herzsteckschuß mit Polyzythämie. Münchn. med. Woch. Nr. 46. S. 1296.

Siegel, E., Milzexstirpation bei perniziöser Anämie. Ther. Monatsh. H. 12. S. 448.

Schiff, Er., und E. Mátyás, Über das Blutbild bei der epidemischen Influenza (Spanische Grippe). Wien. klin. Woch. Nr. 50. S. 1326.

Schürer v. Waldheim, Mitteilung über die Blutknötchenkrankheit (Purp. haem. papulosa et pustulosa). Wien. med. Woch. Nr. 46. S. 2023.

11. *Krankheiten des Stoffwechsels.*

Capelle, Die Behandlung des Morbus Basedow. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Nr. 24. S. 641.

Elias, H., und R. Singer, Kriegskost und Diabetes. II. Eine therapeutische Studie. Wien. klin. Woch. Nr. 52. S. 1365.

Elias, H., und R. Singer, Kriegskost und Diabetes. Wien. klin. Woch. Nr. 47. S. 1245.

Falta, W., Die Amylazeen (Mehlfrüchte) in der Kost der Zuckerkranken. Wien. klin. Woch. Nr. 45. S. 1199.

Falta, W., Über Indikationsstellung und Diät bei chirurgischen Eingriffen an Diabeteskranken. Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 31. H. 1 u. 2. S. 19.

Hildebrand, O., Erfahrungen und Studien über die Basedowsche Krankheit und ihre operative Behandlung Arch. f. klin. Chir. Bd. 111. H. 1. S. 1.

Hofstätter, R., Zur hypophysären Therapie des Morbus Basedowi. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 80. H. 3. S. 493.

Labbé, M., La chirurgie chez les diabétiques. Ann. de Méd. Bd. 5. Nr. 5. S. 428.

Lamson, O. F., Intrathoracic goiter. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 27. Nr. 4. S. 397.

Lian, C., Les petits basedowiens (le signe de l'hyperestésie de la region thyroïdienne et le diagnostic du basedowisme fruste). Presse méd. Nr. 22. S. 665.

Petrén, K., Diabetsstudien. Nord. med. Ark. Bd. 51. Abt. II. H. 2. S. 107.

Sechter, K., Todesfälle in unmittelbarem Anschluß an die Röntgenbehandlung des Morbus Basedowii. Nord. med. Ark. Bd. 51. Abt. II. H. 1. S. 63.

9. Chirurgie.

1. *Allgemeine chirurgische Pathologie und Therapie, Operations- und Verbandlehre. (Tetanus, siehe Infektionskrankheiten 8. 2.)*

Anschütz und Kißkalt, Über Wunddiphtherie. Münchn. med. Woch. 1919. Nr. 2. S. 33.

Baumeister, Erfolge der Fremdkörperentfernung mittels der orthodiagraphischen Tiefen- und Lagebestimmung nach *Moritz*. D. med. Woch. Nr. 48. S. 1330.

Balfour, D. C., The utility of end-to-end anastomosis between small and large intestine. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 27. Nr. 3. S. 248.

Du Bose, F. G., Bone graft and arthrodesis in reconstruction surgery. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 27. Nr. 3. S. 331.

Brook, W. F., *Vanghetti's* operation. Brit. med. Journ. Nr. 3023.

Clasen, F. E., Varizen und Ulkus und ihre Behandlung als „Spezialität" für den praktischen Arzt. Med. Klin. Nr. 39. S. 966.

Constantini, H., et M. Vigot, Des indications de la transfusion citratée en chirurgie de guerre. Presse méd. Nr. 61. S. 563.

Demmer, F., Die Doppelharpunierung von Fremdkörpern, eine Operation im wechselnden Röntgen- und Glühlicht. Der Militärarzt Nr. 9—10. S. 145.

Demmer, Fr., Diskussionsbemerkung zum Vortrage St.-A. Prof. *Clairmonts* über Gelenksverletzungen auf dem Ärztetage der Isonzoarmee in Udine. Wien. med. Woch. Nr. 48. S. 2098.

Duschak, E., Behelfsmäßige orthopädische Versorgung. D. med. Woch. 1919. Nr. 5. S. 133.

Ebrecht, Das Erschlaffen der Extremitätenmuskulatur nach Unterbrechung der Blutzufuhr durch Abschnürung. Münchn. med. Woch. Nr. 49. S. 1375.

Eunike, K. W., Chirurgische Erkrankungen der Zivilbevölkerung im Kriege. Med. Klin. Nr. 52. S. 1276.

Feßler, Behandlung der Lymphangitis und Lymphadenitis mit septischer Allgemeininfektion. D. med. Woch. 1919. Nr. 5. S. 113.

Feilchenfeld, W., Phlegmonebehandlung mit Jodtinkturtamponade. D. med. Woch. 1919. Nr. 3. S. 76.

Fenwick, P. C. Collingwood, A method of overcoming the adherence of tendons after suturing. Brit. med. Journ. Nr. 3020.

Frank, H., Zur Ausführung der Rückenmarksbetäubung. D. med. Woch. 1919. Nr. 2. S. 41.

Fremel, F., Über die Knochenleitung bei Kopfschüssen. Med. Klin. Nr. 48. S. 1183.

Fründ, H., Primäre Wundnaht und frühzeitiger sekundärer Wundschluß bei Schußverletzungen. Bruns Beitr. Bd. 114. H. 1. S. 32.

Haas, W. G. de, *Carrel's* Wondbehandeling. Een proefondervindelijk en klinisch onderzoek. Inaug.-Diss. Utrecht, A. H. Kruyt, Amsterdam. 68 S.

Hagen, W., Ziele und Wege der allgemeinen Wundbehandlung bei den Schußverletzungen des Krieges nach physikalischen und biologischen Gesichtspunkten. Würzb. Abhandl. Bd. 18. H. 1. S. 1.

Haupt, F. W., Über eine neue Behandlung von hartnäckigen Wundgeschwüren verschiedenen Ursprungs. Ther. d. Gegenw. H. 12. S. 414.

Havlicek, H., Vorläufige Mitteilung über eine einfache Vorrichtung zur Vereinigung von Blutgefäßen, Harnleitern usw. Wien. klin. Woch. 1919. Nr. 7. S. 176.

Heidler, H. H., Über Kriegsverletzungen des Gefäßsystems. Wien. klin. Woch. 1919. Nr. 1. S. 3.

Hartwell, J. A., The application of the teachings of war surgery to civil hospital conditions. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 27. Nr. 4. S. 377.

Iselin, H., Die Heißluftbehandlung im Dienste der Chirurgie. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 39. S. 1297.

Jacobsohn, M., Wunddiphtherie. D. med. Woch. 1919. Nr. 5. S. 124.

Koerber, Der protrahierte Ätherrausch und sein erweitertes Anwendungsgebiet für die Kriegs- und Heimatsverhältnisse. Med. Klin. Nr. 46. S. 1139.

Lenk, R., Die Röntgendiagnose der Konsolidation von Knochenbrüchen. Wien. med. Woch. Nr. 49. S. 2053.

Loewe, O., Über Umscheidung von Nerven mit frei transplantierten Hautzylindern. Zentralbl. f. Chir. Nr. 51. S. 927.

Louvard, G., De la „curation“ des plaies de guerre. Presse méd. Nr. 56. Suppl. S. 657.

Mackenzie, K. A. J., The repair of large gaps in peripheral nerves by neuroplasty. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 27. Nr. 4. S. 353.

Monod, R., Technique et indications de l'anesthésie par éthérisation intrarectale. Presse méd. Nr. 68. S. 630.

Marwedel, Die Behandlung schlecht heilender Hautgeschwüre insbesondere mit Umschneidung nach *Nußbaum-Stolze*. Med. Klin. Nr. 52. S. 1271.

Nageotte, J., et L. Sencert, De la réparation chirurgicale de certains tissus par des greffes de tissus morts. Presse méd. Nr. 68. S. 625.

Noordenbos, W., Over beentransplantatie. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. H. 1. Nr. 3. S. 292.

Nyström, G., Zur Therapia sterilisans localis percapillaris. Zentralbl. f. Chir. Nr. 46. S. 821.

O'Conor, J., Operating to the clock. Brit. med. Journ. Nr. 3025.

Oehlecker, F., Bluttransfusion von Vene zu Vene mit Messung der übertragenen Blutmenge. Zentralbl. f. Chir. 1919. Nr. 2. S. 17.

Pochhammer, C., Die Notwendigkeit der Vermeidung der Reamputation und ihr Ersatz durch die „Steigbügelmethode“. D. med. Woch. 1919. Nr. 4. S. 97.

Pochhammer, K., Eine Methode der vertikalen Naht mit seitlicher Lappenbildung für die Stumpfbedeckung nach Amputationen und ihre Bedeutung für die Ableitung der Wundsekrete. Münchn. med. Woch. Nr. 45. S. 1242.

Parin, M., Stérilisation des plaies par une seule séance d'électro-ionisation. Presse méd. Nr. 63. S. 583.

Patel, M., Eclat d'obus situé dans la lumière de l'artère axillaire; extraction par artériotomie. Paris méd. Bd. 8. Nr. 6. S. 125.

Ranschburg, P., Die Heilerfolge der Nervennaht und sonstiger Operationen an mehr als 1500 verletzten Extremitätnerven. (Spätkorrektive Therapie der Kriegsverletzungen der Extremitäten. Bd. 1.) Berlin. S. Karger. 144 S. mit 51 Abb. im Text u. 10 Tafeln. 11 Mk.

Ritter, A., Wie wirkt die Dakinlösung auf das Wundgewebe? Münchn. med. Woch. Nr. 52. S. 1452.

Schloeßmann, H., Über Behandlung der Schußneuritis durch langdauernde Nervausschaltung mittels Durchfrierung des Nerven. Zentralbl. f. Chir. Nr. 51. S. 918.

Schulz, O. E., Der Schularzt als Orthopäde. Wien. med. Woch. 1919. Nr. 1. S. 39.

Sencert, L., „L'hétérogreffe morte“ dans le traitement des plaies des nerfs. Presse méd. Nr. 71. S. 656.

Silhol, J., Les bénéfices de guerre de la chirurgie civile: la désinfection des cavités. Presse méd. Nr. 65. S. 604.

Sluss, J. W., Emergency surgery. London. William Heinemann (Rebman, Ltd.). 848 S. 17 sh. 6 d.

Stenzel, Wundnaht mit Hilfe von Mastisol-Mullstreifen. D. med. Woch. Nr. 46. S. 1278.

Stich, Über die Fortschritte in der ersten Wundversorgung unserer Kriegsverletzungen (unter Ausschluß der Verletzungen der großen Körperhöhlen). Bruns Beitr. Bd. 114. H. 1. S. 1.

Stookey, B., Surgical considerations of peripheral nerve injuries. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 27. Nr. 4. S. 362.

Thévenard, D., Procédé d'obturation par autoplastie cutanée des larges pertes de substance osseuse consécutives au traitement par l'évidement des foyers d'ostéite. Presse méd. Nr. 56. S. 515.

Trautmann, G., Über die Behandlung der Hirnabszesse mit Eigenbluteinspritzungen. Münchn. med. Woch. Nr. 47. S. 1319.

Trendelenburg, W., Die Methode der vorübergehenden Nervenausschaltung durch Gefrieren, für chirurgische Zwecke. Münchn. med. Woch. Nr. 49. S. 1367.

Vulpius, O., Zur Technik der Frakturenbehandlung. D. med. Woch. Nr. 50. S. 1377.

2. *Kopf und Hals.*

Athanassio-Bénisty, Les lésions de la zone rolandique (zone motrice et zone sensitive) par blessure de guerre. Contribution à l'étude clinique des localisations cérébrales. Thèse de Paris. Vigot frères, éd. 216 S.

Becker, Ein Beitrag zur Behandlung der Gehirnschüsse mit Stirnhöhlenverletzung. Münchn. med. Woch. 1919. Nr. 3. S. 74.

Billington, W., A. H. Parrott and H. Round, Bone grafting in gunshot fractures of the jaw. Brit. med. Journ. Nr. 3025.

Cieszynski, A., und J. Aleksiewicz, Tortikollis infolge einer Phlegmone, ausgehend vom ersten unteren Molaren, und deren orthopädische Behandlung. Vierteljahrsschr. f. Zahnheilk. H. 3 u. 4. S. 157.

Colmers, F., Die Behandlung der akut bedrohlichen Erscheinungen bei chirurgischen Erkrankungen der Halsorgane. D. med. Woch. Nr. 45. S. 1323.

Demmer, F., Tampon und Lumbalpunktion bei der Primärversorgung von Hirnverletzungen. Wien. med. Woch. Nr. 51 u. 52. S. 2237.

v. Eiselsberg, Zur Versorgung der frischen Schädelschußwunde durch die primäre Naht. Wien. klin. Woch. 1919. Nr. 3. S. 62.

Fremel, Fr., Über die Knochenleitung bei Kopfschüssen. Med. Klin. Nr. 49. S. 1211.

Gilmour, Ch. H., The transplantation of bone in the repair of cranial defects. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 27. Nr. 3. S. 311.

Heidler, H. H., R. Gandusio und J. Philipowicz, Über die geschlossene Behandlung der Schädelschüsse. Wien. klin. Woch. 1919. Nr. 3. S. 55.

Horgan, J. B., Fibroma of the trachea. Brit. med. Journ. Nr. 3024.

Imbert, L., et P. Réal, Les fractures de la branche montante de la mâchoire inférieure; symptômes et indications thérapeutiques. Presse méd. Nr. 65. S. 601.

Joseph, J., Zum plastischen Ersatz großer und besonders totaler Oberlippendefekte. Münchn. med Woch. Nr. 46. S. 1287.

Kisch, B., Ein objektives Symptom nach Schädelverletzungen. Wien. klin. Woch. 1919. Nr. 1. S. 6.

Koennecke, W., Die Weichteilplastik nach Schädelschüssen. Bruns Beitr. Bd. 114. H. 1. S. 70.

Konjetzny, G. E., Zur Prognose und Therapie der im Verlaufe von Gehirnschußverletzungen auftretenden eitrigen Meningitis. Bruns Beitr. Bd. 114. H. 1. S. 117.

Lang, A., Operative Behandlung einer schweren Neuralgie nach intrakranialer Schußverletzung des Trigeminus. Zentralbl. f. Chir. Nr. 46. S. 825.

Payne, R. L., Cranial decompression for head injuries accompanied by signs of increased intracranial pressure. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 27. Nr. 3. S. 345.

Purtscher, A., Beitrag zur Müllerschen Sehnervenscheiden-Trepanation. Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 31. H. 1 u. 2. S. 83.

Roberts, J. B., Improvements in reconstructive surgery of the head. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 27. Nr. 4. S. 369.

Schloffer, H., Zum Anton-Schmiedenschen Subokzipitalstich. Med. Klin. Nr. 51. S. 1245.

Süsewind, A., Die Behandlung des Nahabszesses nach Gehirnschuß. Zentralbl. f. Chir. Nr. 50. S. 904.

Sparmann, R., und J. Amreich, Zur Frage der primären Exzision und Naht bei frischen Gehirnschußverletzungen, besonders mit primärer Eröffnung eines Seitenventrikels. Wien. klin. Woch. 1919. Nr. 3. S. 60.

Stern, K., Der Schädeldefekt nach Schußverletzungen und einige Folgezustände. Med. Klin. 1919. Nr. 3. S. 65.

Wertheim Salomonson, J. K. A., Een geval van door operatie genezen hersengezwel. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. II. 2. Nr. 22. S. 1787.

Wieting, Zur Frühversorgung von Kieferschüssen, namentlich der Blutungen bei ihnen. Münchn. med. Woch. 1919. Nr. 2. S. 37.

Witzel, O., Über den Spätabszeß beim Gehirnschuß. Zentralbl. f. Chir. Nr. 47. S. 838.

3. *Wirbelsäule.*

Becher, E., Kyphoskoliose nach Tetanus. Münchn. med. Woch. Nr. 47. S. 1316.

Cassel, Osteomyelitis akuta purulenta des vierten Halzwirbels. D. med. Woch. 1919. Nr. 1. S. 20.

Claude, H., et J. Lhermitte, Les commotions directes de la moelle épinière. Presse méd. Nr. 56. S. 514.

Eberstadt, Über Gibbusbildung bei Tetanus. Münchn. med. Woch. Nr. 47. S. 1318.

Marburg, O., und E. Ranzi, Die Kriegsbeschädigungen des Rückenmarks und ihre operative Behandlung. Arch. f. klin. Chir. Bd. 111. H. 1. S. 71.

Neumann, W., Zur Symptomatologie der Spondylitis dorsalis. Das paravertebrale Dämpfungsdreieck als Symptom eines retropleuralen Senkungsabszesses. Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 31. H. 1 u. 2. S. 38.

Perthes, G., Zur Operation des Aneurysma der Arteria vertebralis. Zentralbl. f. Chir. Nr. 50. S. 901.

Ransohoff, J., On injuries of the cervical spine. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 27. Nr. 3. S. 241.

Schemmel, E., Beitrag zur Behandlung der Verletzungen der Arteria vertebralis. Zentralbl. f. Chir. Nr. 48. S. 871.

Spalitzer, M., Der Wert der Röntgenuntersuchung bei Schußverletzungen des Rückenmarks. Arch. f. klin. Chir. Bd. 111. H. 1. S. 283.

Sollier, P., et P. Courbon, Syndrome sympathique des membres supérieurs par commotion de la moelle cervicale. Presse méd. Nr. 70. S. 646.

Weil, S., Über Baucherscheinungen bei Wirbelschüssen. Münchn. med. Woch. Nr. 49. S. 1381.

4. *Brust, Bauch und Becken.*

Bonhoff, F., Sondenbehandlung bei frischen Speiseröhreverätzungen. D. med. Woch. 1919. Nr. 4. S. 102.

Bornhaupt, L., Zwei geheilte Fälle von totaler Ösophagoplastik. Arch. f. klin. Chir. Bd. 111. H. 1. S. 315.

Boyksen, Zur Mechanik und chirurgischen Behandlung des akuten Pylorusverschlusses. D. med. Woch. 1919. Nr. 5. S. 119.

Brunzel, H. F., Ein weiterer Fall von subkutanem Totalabriß des Darmes an der Flexura duodenojejunalis. Zentralbl. f. Chir. Nr. 48. S. 569.

Brunzel, H. F., Zur Frage der Rezidive nach Leistenbruchoperationen. Zentralbl. f. Chir. Nr. 48. S. 875.

Chevrier, L., Etude sur le drainage de la plèvre. Traitement de choix des pleurésies purulentes (stérilisation chimique par les gaz et les vapeurs antiseptiques). Presse méd. Nr. 2. S. 9.

Cooney, H. C., Late perforation of a typhoid ulcer; laparotomy under novocaine anaesthesia; recovery. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 27. Nr. 4. S. 447.

Dowden, J. W., A new operation for the cure of femoral hernia. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 27. Nr. 3. S. 348.

Downes, W. A., Congenital hernia of the diaphragm. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 27. Nr. 4. S. 393.

Els, H., Beiträge zur Frage der Diagnose und Operation chronischer Zwerchfellhernien nach Schußverletzungen. Bruns Beitr. Bd. 114. H. 1. S. 138.

Fonio, A., Ein Beitrag zur Behandlung der Bauchschüsse und zur Frage der indirekten Bluttransfusion. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 51. S. 1719.

Fowler, W. F., Reconstruction and repair of the hepatic and common bile ducts; implantation of the hepatic duct into the duodenum. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 27. Nr. 4. S. 387.

Franke, E., Zur Therapie der Luxatio coxae centralis. Zentralbl. f. Chir. Nr. 47. S. 849.

Goergens, Ein bemerkenswerter Fall von mehreren Herzstichverletzungen. Med. Klin. Nr. 39. S. 964.

Goodwin, C. G. R., and F. C. Coley, Two cases of artificial pneumothorax. Brit. med. Journ. Nr. 3015.

Heidkamp, H., Eine ungewöhnliche Beobachtung bei einem Brust-Bauchschuß. Münchn. med. Woch. 1919. Nr. 1. S. 21.

Henes, Schußverletzung der Cava inf. und Geschoßembolie. Münchn. med. Woch. 1919. Nr. 2. S. 46.

Jacobaeus, H. C., Beitrag zur Diagnose des subphrenischen Abszesses. Nord. méd. Ark. Bd. 51. Abt. 2. H. 2. S. 174.

Jenckel, Steckschuß des Herzens, zweimalige Operation, Heilung. Münchn. med. Woch. Nr. 45. S. 1243.

König, E., Zur Frage der galligen Peritonitis bei scheinbarer Unversehrtheit des Gallensystems. D. med. Woch. 1919. Nr. 5. S. 121.

Labat, G., Amputation du sein pour cancer à l'anesthésie régionale. Presse méd. Nr. 2. S. 16.

Lazarević, V., Fortgeleitete diffuse Peritonitis als Komplikation einer solitären Narbenstriktur des Jejunums. Operative Heilung. D. med. Woch. 1919. Nr. 5. S. 123.

Läwen, A., Operative Fensterbildung zwischen Perikard- und Pleurahöhle bei Herzdruck durch entzündliche seröse Ergüsse. Münchn. med. Woch. 1919. Nr. 1. S. 5.

Legendre, L., De l'indication et du pronostic opératoires dans les pleurésies purulentes grippales. Presse méd. Nr. 3. S. 22.

Müller, O., Die invaginierte Appendixfistel. Münchn. med. Woch. 1919. Nr. 1. S. 20.

Peiser, A., Über Darmnaht am vorgelagerten Darm. Zentralbl. f. Chir. Nr. 47. S. 845.

Pochhammer, C., Ein physiologischer Bauchdeckenschnitt für die Operation an der Gallenblase und den Gallenwegen. Zentralbl. f. Chir. Nr. 51. S. 923.

Ranft, G., Autotransfusion nach Milzdurchschuß. Zentralbl. f. Chir. Nr. 47. S. 848.

Ranzel, F., Über einen Fall von Herznaht wegen Schußverletzung, bei Medianstellung des Herzens. Med. Klin. Nr. 46. S. 1141.

Sacken, W. v., Zur primären Operation von Herzverletzungen. Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 31. H. 1 u. 2. S. 126.

Schlesinger, F., Über Stickstoffbehandlung der Peritonitis tuberculosa exsudativa. Ther. d. Gegenw. 1919. H. 1. S. 3.

Seifert, E., Zur Bewertung der Äthertherapie bei Peritonitis. Münchn. med. Woch. 1919. Nr. 5. S. 129.

Seubert, Zur Ätherbehandlung der Peritonitis. Münchn. med. Woch. Nr. 52. S. 1467.

Sievers, R., Eine neue Operation bei Aszites. Münchn. med. Woch. 1919. Nr. 1. S. 8.

Söderlund, G., Über subkutane Darmrupturen. 12 Fälle von subkutaner Darmruptur nach Kontusion des Bauches, in den Jahren 1910—1916 in der Chirurgischen Klinik zu Upsala behandelt. Nord. med. Ark. Bd. 51. Abt. 1. H. 3. S. 191. 1919.

Stahnke, Besenstielkompression der Bauchaorta. Münchn. med. Woch. Nr. 52. S. 1465.

Stretton, J. L., The after-results of gastric operations. Brit. med. Journ. Nr. 3027.

v. Stubenrauch, Das Auftreten milzähnlicher Tumoren in der Bauchhöhle des Menschen nach Splenektomie. Münchn. med. Woch. Nr. 49. S. 1387.

Syring, Bauchschuß und Invagination. Ein Beitrag zur Nervenpathologie des Darmes und zur Pathogenese der Intussuszeption. Bruns Beitr. Bd. 114. H. 1. S. 131.

Vulliet, H., Le „Circulus vitiosus" après la gastro-entérostomie et les moyens d'y remédier. La mobilisation de l'anse duodeno-jejunale. Revue méd. de la Suisse rom. Nr. 12. S. 673.

Walzel, P. R. v., Zur Technik der Darmvereinigung durch Invagination. Zentralbl. f. Chir. 1919. Nr. 2. S. 20.

5. *Harn- und männliche Geschlechtsorgane.*

Adlercreutz, C., Ein Fall von vollständiger Hypospadie. Die Vena saphena magna als Ersatz der Harnröhre frei transplantiert. Nord. med. Ark. Bd. 51. Abt. 1. H. 2. S. 163.

Ekehorn, G., Om transvesikal prostatektomie. Hygiea Bd. 81. H. 1. S. 1. 1919.

Hellendall, Über retrograde Spülung bei Schußverletzungen der Harnorgane, insbesondere zur Bekämpfung der Urininfiltration. Münchn. med. Woch. 1919. Nr. 3. S. 73.

Hunner, G. L., The etiology of ureteral calculus. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 27. Nr. 3. S. 252.

Mason, J. M., The management of subparietal injuries of the kidney; with report of three cases. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 27. Nr. 3. S. 277.

Nyström, G., Beiträge zur Chirurgie der Ureteren. Nord. med. Ark. Bd. 51. Abt. 1. H. 2. S. 109.

Robins, Ch. R., Recurrence of stone in the kidney. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 27. Nr. 3. S. 270.

Zeißl, M. v., Über den Krampf des Sphinkter vesicae internus. Med. Klin. Nr. 1. S. 11.

6. *Extremitäten.*

Baeyer, v., Zur operativen Behandlung des Plattknickfußes. Münchn. med. Woch. 1919, Nr. 3. S. 73.

Becker, Handschußverletzungen und Erhaltung von Fingern. D. med. Woch. Nr. 52. S. 1447.

Becker, Zur Behandlung von Fußgelenkseiterungen. D. med. Woch. Nr. 47. S. 1301.

Blake, J., Gun-shot fractures of the extremities. Paris, Masson et Cie éd. Collection Horizon, 1 vol., 136 S. Preis 4 frs.

Esser, J. F. S., Deckung von Amputationsstümpfen des Oberschenkels aus dem Arm bei beiderseitig Amputierten durch „Einnähung". Zentralbl. f. Chir. 1919. Nr. 2. S. 22.

Esser, J. F. S., Verwendung der Mamma für Deckung von Amputationsstümpfen. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Nr. 1. S. 17.

Gassul, R., Nachtrag zu meiner Mitteilung über „Eine durch Generationen prävalierende symmetrische Fingerkontraktur. (Diese Wochenschr. Nr. 43.) D. med. Woch. Nr. 52. S. 1450.

Frösch, E., Zur Pathogenese der Coxa vara. Zürich. Verl. v. Speidel & Wurzel. 89 S. m. 24 Lichtdruck-Tafeln. Preis 8 Mk.

Grant, J. W. Geary, Three cases of malignant disease of the upper extremity. Lancet Nr. 4969. S. 700.

Hellendall, Über Kompressionsanästhesie bei Amputationen mit der Sehrtschen Klemme. Med. Klin. Nr. 45. S. 1119.

Hepburn, H. H., Gunshot wounds of the kneepoint as seen at a base hospital. Brit. med. Journ. Nr. 3013.

Hofmann, A., Über Oberschenkelbrüche. Med. Klin. Klin. Nr. 48. S. 1185.

Janssen, P., Die Wahl des Ortes der Amputation unter Berücksichtigung des späteren Gliedersatzes. Münchn. med. Woch. 1919. Nr. 2. S. 35.

Krall, Die Entstehung unerwünschter Innenrotation des Fußes bei Oberschenkelbrüchen. D. med. Woch. Nr. 51. S. 1428.

Laan, H. A., Apophysitis tibialis adolescentium (ziekte van *Osgood-Schlatter*). Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 2. Hälfte Nr. 25. S. 2001.

Leriche, R., et A. Policard, Traitement, en trois temps très rappochés, des grands éclatemsnte diaphysaires communitifs: excision complète, suture primitive retardée, ostéosynthèse ou greffe. Presse méd. Nr. 58. S. 533.

Massart, R., Le traitement chirurgical de la paralysie radiale traumatique par la tansplantation tendineuse. Thèse, Paris.

Melchior, E., Wann soll der erste Verbandwechsel nach der Inzision von Phlegmonen erfolgen? Zeitschr. f. ärztl. Fortb. 1919, Nr. 2. S. 39.

Mommsen, Muskelphysiologie des Oberschenkelstumpfes und ihre Beziehung zum Prothesenbau. Münchn. med. Woch. Nr. 45. S. 1331.

Ohly, Ein Beitrag zur medico-mechanischen Behandlung Armamputierter. Münchn. med. Woch. Nr. 52. S. 1466.

Plagemann, Behandlung der hohen Oberschenkelschußfrakturen mit direkter Extension des zentralen Fragments (Trochanternagel) in der Gipsbrückenlade. Münchn. med. Woch. Nr. 47. S. 1322.

Porzelt, V., Über Schienung von Panaritien. Münchn. med. Woch. 1919. Nr. 1. S. 18.

Robinson, H. A., Bunion, its causes and cure. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 27. Nr. 3, S. 343.

Steindler, A., Problems of the reconstruction of the hand. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 27. Nr. 3. S. 317.

Steinmann, Fr., Behandlung der hohen Oberschenkelschußfrakturen mit direkter Extension des zentralen Fragments (Trochanternagel) in der Gipsbrückenlage. Münchn. med. Woch. Nr. 52. S. 1467.

Thöle, Nochmals zur Behandlung vereiterter Schußbrüche des Oberschenkels. Münchn. med. Woch. Nr. 47. S. 1321.

Wallast, M. L. J., Over bloedige behandeling der beenbreuken en haan iutkomsten in vergelijking met die der onbloedige methode. Dissertation in Amsterdam, Dez.

Wierzejewski, J., Daumenstumpfbildung. Münchn. med. Woch. 1919, Nr. 1. S. 19.

10. Gynäkologie.

Abel, G., Amenorrhöe und Krieg. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Nr. 23. S. 624.

Bland, P. Brooke, A general consideration of uterine cancer with special reference to its diagnosis. Amer. Journ. of Obst. Bd. 78. Nr. 4. S. 554.

Boerma, N. J. A. F., Baarmoederkanker zonder bloeding. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 2. Hälfte Nr. 19. S. 1552.

Burckhardt-Socin, O., Beitrag zur organotherapeutischen Behandlung von Menstruationsstörungen. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte. Nr. 43, S. 1431.

Collins, Cl. U., A new operation for prolapse of the uterus. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 27. Nr. 3. S. 326.

Costobadie, H. P., The surgical cure of uterine prolapse. Brit. med. Journ. Nr. 3014. S. 370.

Esser, J. F. S., Die Vagina als Harnblase. D. med. Woch. Nr. 52. S. 1448.

Fothergill, W. E., A clinical lecture on gonorrhoea in women. Brit. med. Journ. Nr. 3026.

Franz, R., Zur operativen Behandlung der Harninkontinenz beim Weibe. Wien. klin. Woch. 1919. Nr. 7. S. 173.

Freund, H., Entgegnung an Herrn Professor v. *Jaschke*. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 80. H. 3. S. 674.

Furniss, H. Dawson, Technique of ureterovesical anastomosis. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 27. Nr. 3. S. 339.

Herzog, Th., Die Melanosarkome der Ovarien. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 80. H. 3. S. 576.

Küster, H., Große Uteruszyste. Ein Beitrag zur Kenntnis der vom Gärtnerschen Gange ausgehenden Neubildungen. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 80. H. 3. S. 666.

Luban, S., Über eigentümliche Vorgänge in den Flimmerzellen des mencshlichen Uteruskörpers. Anatom. Hefte Bd. 56. H. 1 u. 2. S. 269.

Mayer, A., Über Vortäuschung von Uterusmyomen durch abnorme Kontraktionszustände. Münchn. med. Woch. 1919. Nr. 3. S. 65.

McCann, F., An address on the treatment of some common female ailments. Brit. med. Journ. Nr. 3026.

Mercadé, S., Cure radicale des prolapsus génitaux de la femme par un nouveau procédé de colpopérinéorrhaphie. Presse méd. Nr. 62. S. 573.

Müller, P., Der Weltkrieg und sein Einfluß auf den weiblichen Organismus. Eine medizinisch-literarische Studie. Bern. Ernst Bircher Verlag. 52 S. Preis 3 Mk.

Oehlecker, F., Promontoriifixur bei schweren Uterusprolapsen. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 48. S. 868.

Pfennig, R., Gundzüge der Fließschen Periodenrechnung. Wien. Verlagsbuchhdlg. Franz Deuticke. 134 S. Preis 6 Mk.

Polak Daniels, L., Anaemiën bij genitaallijden en haar verband tot de chlorose. Nederl. Maandschr. voor verlosk., en vrouwenz. en kindergeneesk. Bd. 7. Nr. 8. S. 443.

Rhodes, F. A., Diagnosis of ectopic pregnancy. Amer. Journ. of Obst. Bd. 78. Nr. 4. S. 580.

Seitz, L., Über die Ursache der zyklischen Vorgänge im weiblichen Genitale. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 47. S. 838.

Siredey, A., Etude histologique d'un fibrome à développement rapide; myome pur. Ann. de gyn. et d'obst. Bd. 93. Nr. 3. S. 166.

Stephan, S., Die Genese der Bauchdeckenspaltbildungen mit totaler Eventration. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 80. H. 3. S. 591.

Treber, H., Über das traubenförmige Ovarialkystom („Kleinscher Tumor"). Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 80. H. 3. S. 645.

11. Geburtshilfe.

Andrews, C. J., Use of douche pan in second and third stages of labor. Amer. Journ. of Obst. Bd. 78. Nr. 4. S. 595.

Bartholomew, R. A., The advantages of rectal over vaginal examinations during labor. Amer. Journ. of Obst. Bd. 78. Nr. 4. S. 576.

Benthin, W., Die Erhaltung des Kindeslebens in der Geburt. Med. Klin. Nr. 44. S. 1090.

Binnendijk, W., Over frequentie en oorzaken van partus praematurus en partus serotinus. Nederl. Haandschr. voor verlosk. Bd. 7. Nr. 10. S. 555.

Binz, F., Einiges über den Zusammenhang zwischen Krieg und Geburt. Münchn. med. Woch. Nr. 1. S. 12.

Blakely, S. B., A delivery room technic. Amer. Journ. of Obst. Bd. 78. Nr. 4. S. 537.

Calmann, A., Ist der Dämmerschlaf unter der Geburt ungefährlich? D. med. Woch. Nr. 47. S. 1305.

Christiaanse, C. W., Over het vroeg opstaan der kraamvrouwen. Dissertation in Leiden, Dez. Verlag E. Ydo, Leiden. 55. Seiten.

Dongen, J. A. van, Spaansche ziekte en zwangerschap. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 3 S. 257.

Engelkens, J. H., Spaansche griep en zwangerschap. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 2. Hälfte Nr. 24. S. 1896.

Fehling, H., Über Kriegsschwangerschaften. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 47. S. 837.

Garber, J. R., A plea for prenatal care and the end-results of the hygiene of pregnancy. Amer. Journ. of Obst. Bd. 78. Nr. 4. S. 566.

Jaschke, R. Th. v., Die geburtshilfliche Bedeutung der akuten und chronischen Herzinsuffizienz. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 80. H. 3. S. 654.

Jonges, C., Krukscoliose en krukbekken. Dissertation in Amsterdam, Dez.

Livingston, W. R., Scopolamine-morphine amnesia in labor. Amer. Journ. of Obst. Bd. 78. Nr. 4. S. 544.

Mayer, A., Zur modernen Abortusfrage. Zentralbl. f. Gynäkolog. Nr. 48. S. 853.

Masterman, E. W. G., A case of successful Caesarean section for eclampsia. Brit. med. Journ. Nr. 3013.

Mc Ilwraith, K. C., Pulmonary oedema during pregnancy; two inusual cases. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 27. Nr. 4. S. 438.

Menten, M. L., A positive Wassermann reaction which changes to a negative at the termination of pregnancy. Amer. Journ. of Obst. Bd. 78. Nr. 4. S. 514.

Meurer, R. J. Th., Over de beteekenis van de bloedsdruk en de keukenzontafscheiding bij zwangeren en kraamvrouwen. Nederl. Maandschr. voor verlosk. en vrouwenz. en kindergeneesk. Bd. 7. H. 9. S. 489.

Norris, R. C., The indications and limitations of the induction of labor. Amer. Journ. of Obst. Bd. 78. H. 4. S. 507.

Osler, W., Observations on the severe anaemias of pregnancy and the post partum state. Brit. med. Journ. Nr. 3027.

Peller, S., Offizielle Abortusstatistik und klinische Kontrollergebnisse. Wien. klin. Woch. 1919. Nr. 7. S. 169.

Peller, S., Zur Kenntnis des Abortus. D. med. Woch. Nr. 49. S. 1359.

Pfeiffer, W. F., Baringsstoornis door navelbreuk der vrucht. Nederl. Maandschr. voor verlosk. Bd. 7. Nr. 10. S. 564.

Potocki, Bactériologie sanguine dans l'infection puerpérale. Ann. de Gyn. et d'Obst. Bd. 93. H. 3. S. 129.

Rinsema, P. G., Bijdrage tot de kennis en de behandeling van het zoogenoamde „habitueel sterven der vrucht in de laatste maanden der zwangerschap". Dissertation in Groningen, Dez. (Verlag M. de Waal, Groningen. 95 S.).

Schenk, S. B., An interesting case of puerperal infection and psychosis. Amer. Journ. of Obst. Bd. 78. Nr. 4. S. 596.

Schiller, H., Red degeneration of fibroids during and following pregnancy. Amer. Journ. of Obst. Bd. 78. Nr. 4. S. 519.

Schweitzer, B., Über Cervixplacenta. Zentralbl. f. Gyn. 1919. Nr. 2. S. 42.

Snoo, K. de, Zwangerschap en hypertensie. Nederl. Maandschr. voor verlosk., en vrouwenz. en kindergeneesk. Bd. 7. H. 9. S. 535.

Sullivan, R. Y., Rupture of the uterus. Amer. Journ. of Obst. Bd. 78. H. 4. S. 589.

Sunier, J., Een geval van extra-membraneuse ei-ontwikkeling bij een voldragen kind. Nederl. Maandschr. Bd. 7. Nr. 10. S. 569.

Turenne, Traitement chirurgical de la phlébite utéro-pelvienne. Ann. de Gyn. et d'Obst. Bd. 93. H. 3. S. 169.

Wesselink, D. G., Proeve eener verklaring van eenige klinisch welbekende feiten betreffende ei, corpus luteum en uterus-slijmolies, in verband met menstruatie en gonge graviditeit. Dissertation in Leiden, Oct. Verlag Eduard Ydo, Leiden. 108 S.

Williamson, H., The funnel pelvis. Amer. Journ. of Obst. Bd. 78. H. 4. S. 528.

12. Kinderkrankheiten.

Bókay, J. v., und Buday, Über die Pathogenese der Coli-Pyelozystitis und Coli-Pyelonephritis des Säuglingsalters. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 39. H. 1. S. 1. 1919.

Bossert, O., Bedenkliche Folgeerscheinungen der Lumbalpunktion bei Kindern mit genuiner Epilepsie. Monatsschr. f. Kinderheilk. Bd. 15. Nr. 1. S. 74.

Büllmann, G. A., Ein Beitrag zur Enuresisfrage. Württemb. med. Korr.-Bl. 1919. Nr. 1. S. 1.

Coenen, Fr., Over ruminatie bij kleine kinderen. Nederl. Maandschr. voor verlosk., en vrouwenz. en kindergeneesk. Bd. 7. H. 9. S. 548.

Czerny, Ad., Zur Kenntnis der großen weißen Niere bei Kindern. Monatsschr. f. Kinderheilk. Bd. 15. Nr. 1. S. 1.

Czerny, Ad., Die Wärmestauung in der Pathologie des Kindes. Therap. d. Gegenw. 1919. H. 1. S. 1.

Delépine, Sh., A clean milk supply. Brit. med. Journ. Nr. 3026.

D'Espine, A., Deux observations d'albuminurie grippale chez l'enfant. Revue méd. de la Suisse rom. Nr. 11. S. 647.

Fischl, R., Über akute Anginen im Kindesalter. (Mitteilungen aus dem Gebiete der Kinderheilkunde für die Praxis. H. 2.) Leipzig. Repertorienverlag. 28 S. Preis 1.44 Mk.

Hoche, Eignet sich die Hebamme zur Säuglingsfürsorge? Zeitschr. f. Med.-Beamte. Nr. 21. S. 429.

Herderschêe, D., Roodvonk bij schoolkinderen. Nederl. Maandschr. voor verlosk., en vrouwenz. en kindergeneesk. Bd. 7. H. 10. S. 589.

Kaupe, W., Muttermilch und Krieg. Monatsschr. f. Kinderheilk. Bd. XV. Nr. 1. S. 83.

Kirstein, Über das Vorkommen von Diphtheriebazillen bei Neugeborenen in den ersten Lebenstagen. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 46. S. 821.

Knöpfelmacher, W., Beobachtungen über die Influenzaepidemie an Kindern. Wien. med. Woch. Nr. 45. S. 1979.

Knöpfelmacher, W., Häufung von Säuglingsskorbut in Großstädten. Med. Klin. 1919. Nr. 4. S. 94.

Lütjohann, Symmetrische Gangrän und Syphilis beim Kinde. Monatsschr. f. Kinderheilk. Bd. 15. Nr. 1. S. 58.

Manson, J. S., Adenoma of small intestine in an infant, with resulting volvulus. Brit. med. Journ. Nr. 3016.

Moll, L., Zur Pflege und Ernährung frühgeborener Kinder. Wien. klin. Woch. 1919. Nr. 3. S. 53.

Nobel, E., Über den Wasserstoffwechsel im Kindesalter. Wien. klin. Woch. 1919. Nr. 6. S. 133.

Ochsenius, K., Erfahrungen mit der Czerny-Kleinschmidtschen Buttermehlsuppe in der Praxis. D. med. Woch. 1919. Nr. 2. S. 42.

Raimondi, M., La granulie chez le nourrisson. Presse méd. Nr. 64. S. 593.

Richers, J., Eine chronische Form der Pseudodysenterie im Kindesalter. Monatsschr. f. Kinderheilk. Bd. 15. Nr. 1. S. 40.

Rietschl, Über Anämien im Kindesalter. Wien. klin. Rundschau Nr. 43 u. 44. S. 243.

Schippers, J. C., und C. Delange, Über die „spezifische Diurese" *Pollitzers* als Methode zur Funktionsprüfung der Nieren im Kindesalter. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 39. H. 1. S. 11. 1919.

Schippers, J. C., en C. de Lange, Over de diagnose nephritis bij kinderen. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. II. 2. Nr. 22. S. 1733.

Schucany, T., Über endogene Fettsucht im späteren Kindesalter. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 39. H. 1. S. 30. 1919.

Schultheiß, H., Einige Beobachtungen über den Verlauf der epidemischen Grippe bei Kindern, insbesondere über einen Fall von Landryscher Paralyse. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 44, S. 1467.

Snell, M., Die diphtherische Nabelinfektion mit besonderer Berücksichtigung der Nabelgangrän. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 39. H. 1. S. 40. 1919.

Stickler, F., Körpergewicht und Resistenz von Kindern gegen Infekte. Arch. f. Kinderheilk. Bd. 67. H. 1 u. 2. S. 15.

Tancré, E., Beitrag zur akuten lymphatischen Leukämie im Säuglingsalter. Arch. f. Kinderheilk. Bd. 67. H. 1 u. 2. S. 7.

13. Psychiatrie (Psychologie).

Bertschinger, H., Etwas über Halluzinationen. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 74. H. 4—6. S. 269.

Bresler, J., Seelenkundliches. Psych.-neur. Woch. 1918/19. Nr. 33/34. S. 215; Nr. 41/42. S. 262.

Buytendijk, F. J. J., Proeven over gewoontevorming bij dieren. Inaug.-Diss. Utrecht, Dec.

Finckh, Kritisches zu der Lehre von den Ursachen der Trunksucht. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 74. H. 4—6. S. 285.

Forel, A., Der Hypnotismus oder die Suggestion und die Psychotherapie. Ihre psychologische, psychophysiologische und medizinische Bedeutung mit Einschluß der Psychanalyse, sowie der Telepathiefrage. Ein Lehrbuch für Studierende sowie für weitere Kreise. 7. umgearbeitete Auflage. Stuttgart. Ferd. Enke. 355 S. 12 Mk.

Friedländer, Grundlinien der psychischen Behandlung. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. 1919. Nr. 2. S. 43.

Graves, W. P., The new psychology applied to the neuroses of gynecology. Amer. Journ. of Obst. Bd. 78. Nr. 4. S. 497.

Groddek, G., Psychische Bedingtheit und psychoanalytische Behandlung organischer Leiden. Leipzig 1917. S. Hirzel. 32 S. Geh. 2 Mk.

Herderschêe, D., Echolalie. Pais Bd. 2. Nr. 11. S. 165.

Honigmann, G., Psychisches und Psychotherapie bei organischen Erkrankungen. Therap. Monatsschr. H. 11. S. 401; H. 12. S. 441.

Hübner, H., Weitere Versuche und Beobachtungen zur Simulationsfrage. D. med. Woch. 1919. Nr. 4. S. 95.

Hugo, T. J., Karaktertiepes van kinders en hulle behandeling. Inaug.-Diss. Groningen, Dez. J. B. Wolters U. M. 164 S.

Johnson, W., Hysterical tremor. Brit. med. Journ. Nr. 3023.

Kleist, K., Schreckpsychosen. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 74. H. 4—6. S. 432.

Kohnstamm, O., Medizinische und philosophsiche Ergebnisse aus der Methode der hypnotischen Selbstbesinnung. München. Ernst Reinhardt. 38 S. 1 Mk. 80 Pf.

Kornfeld, S., Psychologie der Moral insanity. D. med. Woch. Nr. 50. S. 1391.

Krabbel, M., Der epileptische Anfall als Frühsystem der Schädelverletzung und seine prognostische Bedeutung. Bruns Beitr. Bd. 114. H. 1. S. 111.

Mercklin, A., Über das Mißtrauen und den sog. Verfolgungswahn der Schwerhörigen. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 74. H. 4—6. S. 410.

Meyering, P. H. T., De secundaire functie bij normalen en geesteszieken. Inaug.-Diss. Groningen, Dez.

Moeli, C., Die Anstaltsaufnahmen zur Vorbereitung eines Gutachtens über den Geisteszustand eines Angeschuldigten (StPO. § 81) und zur Feststellung des Geisteszustandes eines zu Entmündigenden (ZPO. § 656) in Preußen. Psych.-neur. Woch. 1918/19. Nr. 37/38. S. 235; Nr. 39/40. S. 247.

Nieuwenhuyse, P., De schedel bij mongoloïde idiotie. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. H. 1. Nr. 4. S. 367.

Notkin, S., Die Grippe als auslösendes Moment von Psychosen. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 50. S. 169.

Peritz, G., Zur Pathopsychologie des Rechnens. D. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 61. H. 1—6. S. 234.

Prengowski, P., Zur Frage erzieherischer Behandlungsweise in den psychiatrischen Abteilungen. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 74. H. 4—6. S. 314.

Raecke, Herrn Geh. Med.-Rat *Sioli* zum 1. November 1918. Psych.-neur. Woch. 1918/19. Nr. 33 u. 34. S. 211.

Riese, W., Psychische Störungen nach Spanischer Grippe. Neur. Zentralbl. Nr. 21. S. 706.

Roussy, G., J. Boisseau et d'Oelsnitz, Eléments de prédispoistion et causes déterminantes des troubles secondaires de l'hystérie. Presse méd. Nr. 69. S. 637.

Rüben, Psychogene Psychosen im Heimatgebiet bei Kriegsteilnehmern. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 74. H. 4—6. S. 393.

Scheer, W. M. van der, Over mongoloïde idiotie. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 4. S. 364.

Scheer, W. M. van der, Verscheidene gevallen van mongoloïde idiotie in eën gezin. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 4. S. 328.

Scheminzky, Ferd., Psychische Phänomene. Wien. klin. Rundsch. Nr. 43 u. 44. S. 246; Nr. 47 bis 49. S. 267.

Schmidt, W., Forensisch-psychiatrische Erfahrungen im Kriege. (Abhandlungen aus der Neurologie, Psychiatrie, Psychologie und ihren Grenzgebieten.) Heft 5. Berlin. Verlag von S. Karger. 219 S. Preis 9.80 Mk.

Stransky, E., Hysterie und Hysteriefähigkeit. Psych.-neur. Woch. 1918/19. Nr. 27. S. 175.

Turner, W. A., The Bradshaw lecture on neuroses and psychoses of war. Lancet Nr. 4967. S. 613.

Wagner v. Jauregg, Über die Einwirkung der Malaria auf die progressive Paralyse. Psych.-neur. Woch. 1918/19. Nr. 39 u. 40. S. 251.

Wayenburg, G. H. M. van, Over kinaesthetische onderscheidsgewaar-wordingen. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 4. S. 369.

14. Augenheilkunde.

Barrie, T. Stewart, Inequality of the pupils. Brit. med. Journ. Nr. 3019. S. 514.

Blatt, N., Provokationsmethode bei Trachomverdacht der entzündlichen Bindehauterkrankungen. Arch. f. Ophthalmolog. Bd. 98. H. 1 u. 2. S. 107.

Burnier, Les ulcérations blennorragiques chancriformes. Paris méd. Bd. 8. H. 5. S. 104.

Cohn, P., Über die Behandlung nach *Credé* in der Augenheilkunde. D. med. Woch. Nr. 45. S. 1251.

Deutschmann, Die Erfolge der operativen Behandlung der Netzhautablösung. Münchn. med. Woch. Nr. 46. S. 1289.

Ebstein, E., Zur Differentialdiagnose der Flecken in der Lidspaltenzone. Med. Klin. Nr. 39. S. 965.

Emanuel, C., Über konservative Behandlungsmethoden bei Augenverwundungen in den vorderen Lazaretten. Therap. Monatsh. Nr. 12. S. 451.

Fischer, B., Über Wesen und Benennung der Gliome (Neuroblastome) des Auges. Zentralbl. f. allg. Path. u. path. Anat. Bd. 29. Nr. 20. S. 545.

Folman, M., Zur Ätiologie der sog. Iritis rheumatica D. med. Woch. 1919. Nr. 3. S. 75.

Frank, P., Augenverletzung. — Tod an Hirngeschwulst. Kein Zusammenhang. Med. Klin. Nr. 46. S. 1144.

Gangelen, G. van, Het Röntgenonderzoek der traanwegen. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 2. Hälfte Nr. 20. S. 1602.

Goldstein, K., und A. Gelb, Das „röhrenförmige Gesichtsfeld" nebst einer Vorrichtung für perimetrische Gesichtsfelduntersuchungen in verschiedenen Entfernungen. Neur. Zentralbl. Nr. 22. S. 738.

Haab, O., Über Fortschritte in der Augenheilkunde im Untersuchen, Behandeln und Unterrichten. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 44. S. 1457.

Hanke, V., Über Schußverletzungen der Tractus opticus. Wien. med. Woch. Nr. 50. S. 2185.

Heine, L., Über Ophthalmoskopie in weißem und farbigem Lichte. Arch. f. Opthalmolog. Bd. 97, H. 4. S. 271.

Hilbert, Keratitis durch Einwirkung von Raupenhaaren auf das Auge. Münchn. med. Woch. Nr. 50. S. 1409.

Hirschberg, J., Der griechische Kanon der Augenheilkunde und sein Fortwirken bis auf unsere Tage. Arch. f. Ophthalm. Bd. 97. H. 4. S. 301.

Hoeve, J. van d., Die optische Heterogenität der Linse. Arch f. Ophthalm. Bd. 98. H. 1 u. 2. S. 39.

Hoeve, J. van d., Senile Maculadegeneration und senile Linsentrübung. Arch. f. Ophthalm. Bd. 98. H. 1 u. 2. S. 1.

Hoeve, J. van d., Schädigungen des Auges durch Licht: Senile Linsentrübungen und senile Makuladegeneration. Arch. f. Ophthalm. Bd. 98. H. 1 u. 2. S. 49.

Igersheimer, Zur Pathologie der Sehbahn. III. Das Verhalten der Dunkeladaptation bei Erkrankungen der optischen Leitungsbahn. Arch. f. Ophthalm. Bd. 98. H. 1 u. 2. S. 67.

Jeß, A., Augenärztliche Kriegserfahrungen. (Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Augenheilkunde.) Halle. Carl Marhold, Verlagsbuchh. 37 S. Ladenpr. 1.20 Mk.

Koeppe, L., Die Mikroskopie des lebenden Augenhintergrundes mit starken Vergrößerungen im fokalen Lichte der Gullstrandschen Nernstspaltlampe. 2. Mitteilung. Die Histologie des lebenden normalen Augenhindergrundes und einiger seiner angeborenen Anomalien im Bilde der Nernstspaltlampe. Arch. f. Ophthalm. Bd. 97. H. 4. S. 346.

Lohmann, W., Über Adaptation und Adaptations-Störungen mit besonderer Berücksichtigung der Kriegserfahrungen über Hemeralopie. Jahresk. f. ärztl. Fortbild. H. 11. S. 3.

Lohnstein, R., Zur Behandlung der gonorrhoischen Augenentzündung. Allg. med. Zentralzeitg. Nr. 46. S. 181.

Mairet, A., et G. Durante, Le champ visuel hélicoïdal convergent. Presse méd. Nr. 66. S. 611.

Meißner, M., Hemeralopie und Skorbut. Wien. klin. Rundsch. 1919. Nr. 3 u. 4. S. 15.

Meller, J., Über sympathische Ophthalmie. Wien. klin. Woch. 1919. Nr. 5. S. 105.

Ohm, J., Beiträge zur Kenntnis des Augenzitterns der Bergleute. Arch. f. Ophthalm. Bd. 98. H. 1 u. 2. S. 7.

Ohm, Joh., Zur Lehre vom Augenzittern. (Erwiderung auf den Aufsatz von *R. W. Raudnitz* „Kritisches zur Lehre von Spasmus mutans".) Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 38. H. 6. S. 398.

Pick, Beitrag zu den Spätgaserkrankungen der Augen. D. med. Woch. Nr. 50. S. 1394.

Pollak, A., Der Schularzt als Augenarzt. Wien. med. Woch. 1919. Nr. 1. S. 38.

Rauch, R., Spontane Luftdruckeinwirkung auf die Netzhautgefäße des menschlichen Auges. Med. Klin. Nr. 49. S. 1206.

Schmeichler, L., Erfahrungen bei Kriegsblinden. Wien. med. Woch. Nr. 42. S. 1833; Nr. 43. S. 1890.

Strebel, J., Über das Fehlen des Schluckreflexes bei Anästhesie und Hyperästhesie der Hornhaut und seine praktische Bedeutung. Zur Therapie des Herpes corneae febrilis. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 39. S. 1311.

Strebel, J., Über den klinischen Nachweis der Nervenfasern in der Hornhaut und seine praktische Bedeutung. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 43. S. 1442.

Szily, P. v., und H. Stransky, Abortive Chemotherapie akuter Ophthalmoblenorrhoen. Münch. med. Woch. 1919. Nr. 2. S. 41.

Ujiie, Mitsutasii, Zur pathologischen Anatomie der Optochinamaurose. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 46. S. 1556.

Vezär, Fr., Einige epidemiologische Beobachtungen bei Koch-Weeksscher Konjunktivitis. Wien. med. Woch. Nr. 48. S. 2094.

Vogt, A., Vererbung in der Augenheilkunde. Münchn. med. Woch. 1919. Nr. 1. S. 1.

Waardenburg, P. J., Over aangeboren pigmenteering van het hoornvlies (melanosis corneae). Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 2. Hälfte Nr. 22. S. 1741.

Wassenaar, Th., Een bijdrage tot de studie van de blinde vlek. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 2. Hälfte Nr. 25. S. 1952.

Wißmann, R., Beiträge zur Klinik und Therapie orbitaler Entzündungen. Arch. f. Ophthalm. Bd. 97. H. 4. S. 275.

15. Krankheiten der Nase, des Ohres, Kehlkopfes und Rachens.

Abel, A. L., A new laryngotome and tracheotome. Lancet Nr. 4970. S. 746.

Alexander, G., Die Erzeugung von Ohrenkrankheiten durch Selbstbeschädigung. Monatsschr. f. Ohrenheilk. H. 9 u. 10. S. 449.

Alexander, G., Der Schul-Ohrenarzt. Wien. med. Woch. 1919. Nr. 1. S. 9.

Alexander, G., u. E. v. Urbantschitsch, Die Kriegsverletzungen und die Kriegskrankheiten des Gehörorganes. Monatsschr. f. Ohrenheilk. H. 9 u. 10. S. 476.

Boyle, H. E. G., Nitrous oxide and oxygen in combination with ether or C. E. mixture for nose and throat operations. Brit. med. Journ. Nr. 3025.

Busch, Behandlung des Peritonsillarabzesses ohne Inzision. Münchn. med. Woch. Nr. 48. S. 1352.

Brownlie, W. B., Some aspects of maxillary antrum disease. Brit. med. Journ. Nr. 3015.

Colmers, F., Die Behandlung der akut bedrohlichen Erscheinungen bei chirurgischen Erkrankungen der Halsorgane. D. med. Woch. Nr. 47. S. 1289.

Colyer, Cl. G., Acute ulcerative gingivitis. Brit. med. Journ. Nr. 3015. S.

Deroide, J., Pelade et bouchon de cérumen. Presse méd. Nr. 56. S. 520.

Fraenkel, E., Über Erkrankungen der Nasennebenhöhlen bei Influenza. D. med. Woch. 1919. Nr. 4. S. 89.

Fröschels, Zur Symptomatologie und Ätiologie der Otosklerose. Wien. klin. Woch. Nr. 50. Sr. 1328.

Göpfert, J., Unbewußtes Hören bei psychogener Taubheit. D. med. Woch. Nr. 46. S. 1277.

Grünberger, E. A., Paracusis Willisiana. Dissertation in Amsterdam. Dez. Verlag J. H. de Bussy, Amsterdam. 72 Seiten.

Guttmann, A., Übungstherapie bei Stimmstörungen. Die Umschau Nr. 46. S. 587.

Hirsch, C., Die Grippeerscheinungen im Gebiete des Ohres und der oberen Luftwege. D. med. Woch. 1919. Nr. 1. S. 15.

Hijmans, H. M., Over de angina van *Plaut-Vincent*. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 2. Hälfte Nr. 19. S. 1546.

Hofmann, F. B., Über Geruchsstörungen nach Katarrhen der Nasenhöhle. (Zur Theorie des Geruchssinns.) Münchn. med. Woch. Nr. 49. S. 169.

Imhofer, R., Die Therapie der traumatischen Trommelfellruptur. Therap. Monatsh. Nr. 12. S. 454.

Imhofer, R., Ein Fall von Osteoperiostitis des Stirnbeines nach Grippe. Wien. klin. Woch. 1919. Nr. 4. S. 88.

Jurasz, A., Beitrag zu Stimmgabelprüfungen des Gehörs. Monatsschr. f. Ohrenheilk. H. 9 u. 10. S. 461.

Kaeß, Heilung einer 12 Jahre bestehenden funktionellen Stummheit durch Suggestivbehandlung. D. med. Woch. Nr. 47. S. 1303.

Kuttner, A., Hals-, Nasen-, Ohrenleiden. Jahresk. f. ärztl. Fortbild. H. 11. S. 20.

Lautenschläger, A., Operatives Verfahren bei vorgeschrittener Ozäna. D. med. Woch. Nr. 51. S. 1427.

Lermoyez, M., Le vertige qui fait entendre (angiospasme labyrinthique). Presse méd. Nr. 1. S. 1.

Mayer, O., Zur Behandlung der eitrigen Perichondritis der Kehlkopfknorpel. Wien. klin. Woch. 1919. Nr. 5. S. 109.

Paez, F., Ozäna und Paraozäna. Wien. klin. Woch. Nr. 48. S. 1269.

Réthi, Die ärztliche Ausbildung in der Laryngologie und Rhinologie. Wien. med. Woch. Nr. 42. S. 1839.

Rethi, L., Der Schularzt als Laryngo-Rhinologe. Wien. med. Woch. 1919. Nr. 1. S. 16.

Sommer, R., Weitere Heilungen von psychogener Taubheit und Taubstummheit. D. med. Woch. 1919. Nr. 1. S. 10.

Schouten, H. A., Een geval van otogeen slaapkwababsces. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 2. Hälfte Nr. 26. S. 2014.

Wittmaack, K., Über eine neue biologische Behandlungsmethode der Ozäna. D. med. Woch. 1919. Nr. 3. S. 70.

Yorke, C., Ablation of the labyrinth in a case with *Abenières* symptoms. Brit. med. Journ. Nr. 3016.

16. Haut- und venerische Krankheiten.

1. *Hautkrankheiten.*

Becker, Ph. F., Quarz- und Kohlenlicht in der Behandlung eitriger Erkrankungen der Haut und deren Anhänge. (Furunkel, Karbunkel, Hydrosadenitis, Paronychia acuta.) D. med. Woch. Nr. 46. S. 1276.

Bettmann, Über Schädigungen der Haut durch Ersatzöle und -salben. Münchn. med. Woch. Nr. 48. S. 1344.

Bonnet, Valeur séméiologique de la lésion dite „stomatite nacrée ou triangulaire commissuraire des fumeurs". Ann. de Derm. Bd. 6. Nr. 10. S. 597.

Grell, Hypophysin bei senilem Hautleiden. Med. Klin. Nr. 44. S. 1095.

Holzhäuser und Werner, Trichophytin, Vakzine und Terpentin in der Dermatologie. D. med. Woch. Nr. 45. S. 1253.

Luithlen, F., Pemphigus acutus. (Blasenausschlag bei Sepsis und Dysenterie.) Heilung durch Aderlaß und Eigenserum. Wien. klin. Woch. Nr. 49. S. 1297.

Mucher, V., und K. Orzechowski, Ein Fall von tuberkulöser Dermatomyositis. Wien. klin. Woch. 1919. Nr. 2. S. 25.

Tièche, Zur Frage der Übertragbarkeit der spitzen Kondylome. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 52. S. 1743.

Umansky, Beitrag zur Kasuistik der Spätexantheme nach Quecksilberverabreichung. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 43. S. 1435.

v. Zumbusch, Über Haarausfall. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Nr. 22. S. 589.

2. *Venerische Krankheiten.*

Adams, J., Treatment of ante-natal and postnatal syphilis. Brit. med. Journ. Nr. 3020.

Bettmann, Die Anamnese der Syphilitiker. Med. Klin. 1919. Nr. 1. S. 10.

Buschke, A., Zur Behandlung der Syphilis mit Salvarsan. Ther. d. Gegenw. 1919. H. 1. S. 7.

Citron, J., Die viszerale Frühsyphilis. Med. Klin. 1919. Nr. 4. S. 86.

Clarkson, E. R. Townley, A. Malcolm Simpson and E. R. Townley Clarkson, A triple plea for a more rigorous standard of cure in the treatment of gonorrhoea. Lancet Nr. 4970. S. 731.

Cornaz, G., Etude du liquide cérébro-spinal dans les diverses périodes de la syphilis. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 47. S. 1584.

Deinse, F. J. H. van, Het vraagstuk der venerische ziekten bij de marine. Dissertation in Amsterdam, Oct. Verlag Eduard Ydo, Leiden. 190 Seiten.

Exalto, J., Hepatitis luetica. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 2. Hälfte Nr. 17. S. 1413.

Hoffstetter, H., Reinfektion mit Syphilis. Med. Klin. Nr. 51. S. 1254.

Hanselme, Leçon d'ouverture. Presse méd. Nr. 71. S. 653.

Joosten Hattink, J. Ph., Hepatitis luetica. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 2. Hälfte Nr. 25. S. 1965.

Kaaden, J. C. van der, Is er hyperpigmentatie bij het leucoderma syphiliticum? Dissertation in Amsterdam, Nov.

Kaiser, A., Zur Fieberbehandlung der kindlichen Gonorrhöe. Monatsschr. f. Kinderheilk. Bd. 15. Nr. 1. S. 79.

Montpellier, Le liquide céphalo-rachidien au cours de la syphilis chez les indigènes de l'Algérie. Ann. de med. vénér. Bd. 13. H. 8. S. 440.

Müller, H., Silbersalvarsannatrium-Behandlung der Syphilis. D. med. Woch. Nr. 51. S. 1415.

Payenneville, Chancre syphilitique et association fuso-spirillaire. Diagnostic bactériologique. Presse méd. Nr. 70. S. 647.

Purckhauer, Therapeutische Erfahrungen mit Terpentineinspritzungen nach *Klingmüller* bei Gonorrhöe. D. med. Woch. 1919. Nr. 3. S. 74.

Ravaut, Syphilis, paludisme, amibiase (cures initiales et blanchiment). Collection Horizon (Abasson et Cie., éd., Paris). 1 vol. Preis 4 frs.

Rhese, Die Verkürzung der Knochenleitung bei der viszeralen Lues mit besonderer Berücksichtigung der primären Lues. Med. Klin. 1919. Nr. 3. S. 63.

Schotten, F., Zur Heißbäderbehandlung der kindlichen Gonorrhöe. Münchn. med. Woch. Nr. 48. S. 1346.

Schulmann, E., Le goitre exophtalmique syphilitique. Thèse, Paris (Maloire et Cie., éd. 120 S.)

Weber, M., Die Protargolgelatinebehandlung der Gonorrhöe. Med. Klin. 1919. Nr. 3. S. 71.

Weinberg, Zur Behandlung der weiblichen Urethralgonorrhöe. D. med. Woch. 1919. Nr. 2. S. 42.

Zeuner, Zibosal als Antigonorrhoicum. Allg. med. Zentralzeitg. Nr. 50. S. 197.

Zieler, K., Zur Theorie und Praxis der Gonorrhoebehandlung. Bemerkungen zu dem gleichnamigen Aufsatz von Prof. *A. Blaschko* in Nr. 40 dieser Wochenschrift. D. med. Woch. Nr. 45. S. 1252.

17. Zahnheilkunde.

Bodó, J. v., Die odontorthopädische Versorgung der bleibenden Unterkieferpseudarthrosen und die dadurch erzielte Behebung der bisherigen Invalidität und Ewerbsunfähigkeit dieser Kriegsinvaliden. Vierteljahrsschr. f. Zahnheilk. H. 3 u. 4. S. 177.

Euler, Zur Klinik der dentalen Aktinomykose. D. Monatsschr. f. Zahnheilk. Nr. 11. S. 333.

Fischer, W., und Shen Chen Xü, Mundamöben und Zahnbeleg. Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. Bd. 22. Nr. 20. S. 372.

Kneschaurek, H., Die Schleimhautnaht nach Maxillotomie und ähnlichen Operationen. Vierteljahrsschr. f. Zahnheilk. H. 3 u. 4. S. 196.

Kronfeld, R., Der Schularzt als Zahnarzt. Wien. med. Woch. 1919. Nr. 1. S. 29.

Reinhold, W., Schmerzen im Oberkiefer auf hysterischer Basis, Heilung durch Hypnose. Vierteljahrsschr. f. Zahnheilk. H. 3 u. 4. S. 198.

Steinkamm, J., Beiträge zur modernen Kieferbruchbehandlung. D. Monatsschr. f. Zahnheilk. Nr. 11. S. 321.

Struck, W., Okzipitalneurose infolge von Alveolarpyorrhöe. D. Monatsschr. f. Zahnheilk. Nr. 11. S. 329.

Walkhoff, Das Studium der Zahnheilkunde. Münchn. med. Woch. 1919. Nr. 1. S. 21.

Weiser, R., Ein Fall von beiderseitiger Ankylose, Verlust des Alveolarfortsatzes und Verstrichensein des Vestibulum oris im Bereiche fast des ganzen Unterkiefers. Vierteljahrsschr. f. Zahnheilk. H. 3 u. 4. S. 147.

Welcker, A., De chirurgische complicaties na caries odontium. Geneesk. Bladen Bd. 20. H. 11. S. 303.

Zilz, J., Flimmerndes Zylinderepithel in einer Zahnwurzelzyste. Vierteljahrsschr. f. Zahnheilk. H. 3 u. 4. S. 167.

18. Hygiene, Sanitätspolizei, Gewerbekrankheiten, Tropenhygiene.

Andebert, Le travail de femmes et principalement des femmes enceintes dans les usines de guerre à Toulouse. Ann. de Gyn. et d'Obst. Bd. 93. H. 3. S. 147.

Aron, H., Über den „Nährwert". Biochem. Zeitschr. Bd. 92. H. 3 u. 4. S. 211.

Bacot, A., The unreliability of sulphur for the destruction of lice in clothing. Brit. med. Journ. Nr. 3017.

Berg, M., Krankenbeschäftigung. Ther. d. Gegenw. H. 12. S. 416.

Bulliard, Sur l'habitat du pou de corps et le diagnostic rapide de la pédiculose. Ann. de. Derm. et de Syph. Bd. 6. Nr. 10. S. 501.

Chick, H., E. M. Hume, R. F. Skelton and A. Henderson Smith, The relative content of antiscorbutic principle in limes and lemons, together with some new facts and some old observations concerning the value of „lime juice" in the prevention of scurvy. Lancet Nr. 4970. S. 735.

Fischer, M., Wohnungsfürsorge für Personal und Beamte unserer Anstalten. Psych.-neur. Woch. 1918/19. Nr. 37/38. S. 241.

Friedländer, C., Über die sanitären Verhältnisse der Zivilbevölkerung während des Krieges. D. med. Woch. Nr. 48. S. 1332.

Geppert, J., Die Wirkung unserer Reinigungsmittel. D. med. Woch. Nr. 51. S. 1409.

Gilchrist, N. S., An analysis of causes of breakdown in flying. With notes on the nervous mechanism of the flying man. Brit. med. Journ. Nr. 3015.

Graßl und Reindl, Bau, Tätigkeit und Pflege des menschlichen Körpers. („Lehre vom Menschen".) Allgemeine Gesundheitspflege. Nürnberg. Friedr. Kornschen Buchh. 183 S. mit 262 Abb. Brosch. 3 Mk. 40 Pf., geb. 3 Mk. 80 Pf.

Grumme, Das Eiweiß als Nährstoff. Therap. Monatsh. 1919. H. 1. S. 1.

Grumme, Einfluß der Kriegsernährung auf die Entwicklung der Leibesfrucht und des Säuglings. Allg. med. Zentralzeit. Nr. 48. S. 189.

Gstettner, M., Über Untersuchung der weiblichen Schuljugend. Wien. med. Woch. 1919. Nr. 1. S. 25.

Kathariner, L., Das Finnigwerden der Süßwasserfische durch Übertragung der aus den Eiern des breiten Bandwurms (Dibothriocephalus latus L.) ausgeschlüpften Larven und über die angeblich größere Häufigkeit der Art in der Westschweiz. Münchn. med. Woch. Nr. 47. S. 1325.

Kirbach, Nutzung der Schutzpockenimpfung. Zeitschr. f. Med.-Beamte Nr. 20. S. 420.

La Rocha-Lima, H., Schutzimpfungsversuche gegen Fleckfieber. Münchn. med. Woch. Nr. 52. S. 1454.

Magnus, Abortanlagen ohne Sitz für Landeseinwohner. Med. Klin. Nr. 47. S. 1165.

Ménard, P. J., L'assurance obligatoire contre la tuberculose, base de la lutte antituberculeuse. Presse méd. Nr. 65. Suppl. S. 765.

Moritz, F., Über vereinfachte Handhabung der Kalorienwerte bei praktischen Ernährungsfragen. (Zum Gebrauch für Ärzte, besonders auch in Krankenanstalten und Sanatorien, für private kommunale und staatliche Verwaltungsorgane sowie für gebildete Laien.) München 1919. J. F. Lehmann. 55 S. 2 Mk. 20 Pf.

Münchmeyer G., und E. Nast, Beitrag zur Entkeimung der Diphtheriebazillenträger. Med. Klin. Nr. 47. S. 1156.

Nassy, J. G., und Ch. F. W. Winkel, Konservierung von Virus fixe. Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. Bd. 22. Nr. 24. S. 438.

Napjus, J. W., en K. Vorrink, Alcohol en weerbaarheid. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. H. 1. Nr. 2. S. 215.

Neumann, Hygiene und Humor. Hyg Nr. 18. S. 157.

Nobel, E., Über Impfungen, mit besonderer Berücksichtigung der Schutzimpfung gegen Blattern. Wien. klin. Rundschau 1919. Nr. 5 u. 6. S. 27.

Nobel, E., Ärztliche Erfahrungen über die große Erholungsaktion für Schulkinder im Sommer 1918. Wien. med. Woch. 1919. Nr. 1. S. 33.

Otto und Rothacker, Zur Fleckfieberschutzimpfung. D. med. Woch. 1919. Nr. 3. S. 57.

Pirquet, C. v., Der Ernährungszustand der Wiener Kinder. Wien. med. Woch. 1919. Nr. 1. S. 5.

Rhys, O. L., The work of a venereal disease clinic. The first five hundred males. Brit. med. Journ. Nr. 3016.

Rimmer, R., Filariasis amongst Australian troops. Brit. med. Journ. Nr. 3015.

Rubner, M., Untersuchungen über Vollkornbrote. Arch. f. Phys. 1917. H. 5 u. 6. S. 245.

Rubner, M., Über die Verdaulichkeit unserer Nahrungsmittel. Die Umschau Nr. 51. S. 671.

Schmidt, Aus dem Bericht über die Schularzt-Tätigkeit im Oberamt Rottenburg a. N. im Jahre 1917. Württemb. Korr.-Bl. 1919. Nr. 2. S. 9.

Sokolow, D. A., Die Bedeutung der individuellen Isolierung im Kampfe gegen Infektion innerhalb der Heilanstalten. Arch. f. Kinderheilk. Bd. 67. H. 1 u. 2. S. 56.

Swellengrebel, N. H., Beschrijving van drie nog niet of onvoldoende bekende larven van Nederlandsch-Indische Anophelinen. Geneesk. Tijdschr. voor Nederl.-Indië Bd. 58. H. 3.

Vogel, K., Über Hautdesinfektion durch heiße Luft. Münchn. med. Woch. Nr. 46. S. 1299.

Voigt, L., Bericht über die im Jahre 1917/18 erschienenen Schriften über die Schutzpockenimpfung. Arch. f. Kinderheilk. Bd. 67. H. 1 u. 2. S. 86.

Vos, L. H. J., De melkvoorziening van Amsterdam. Inaug.-Diss. Amsterdam, Dez.

Witte, E., Wirtschaftliche Verwertung der Zuckerrübe. Hyg Nr. 16. S. 143.

19. Soziale und gerichtliche Medizin, Unfall- und Versicherungskunde.

Aschoff, L., Der medizinische Unterricht in Deutschland. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. 1919. Nr. 2. S. 54.

Benthin, W., Die Erhaltung des Kindeslebens in der Geburt. Ein Beitrag zur Frage der Bevölkerungspolitik. Med. Klin. Nr. 45. S. 1116.

Blaschko, A., Ein neuer Weg zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. D. med. Woch. 1919. Nr. 1. S. 12.

Burgerstein, L., Schularzteinrichtungen. Wien. med. Woch. 1919. Nr. 1. S. 12.

Caemmerer, Ch. von, Berufsberatung in Krankenpflege und Fürsorge. Leipzig. Verlag Naturwissenschaften G. m. b. H. S. 1—108.

Carstens, J. H. G., Onderwijs in de open lucht. Pais Bd. 2. H. 12. S. 177.

Courtois-Suffit et R. Giroux, La cocaïne (étude d'hygiène sociale et de médecine légale). Paris. Masson et Cie., éd. 1 vol. 232 S. 4 frs.

Dietrich, Ärztliche Fortbildung in Deutschland und ihre vornehmsten Aufgaben für die Zukunft. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Nr. 22. S. 585.

Dietrich, Zur Neuordnung des medizinischen Studiums. D. med. Woch. Nr. 47. S. 1307.

Dippe, Säuglings- und Kleinkinderschutz; Arzt und Fürsorgerin. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. 1919. Nr. 1. S. 26.

Dresel, E. G., Soziale Fürsorge. Eine Übersicht für Studierende und sozial Tätige. Berlin. S. Karger. 225 S. Geh. 11 Mk., geb. 13 Mk. 50 Pf.

Ebermayer, Rechtsfragen aus der ärztlichen Praxis. D. med. Woch. Nr. 49. S. 1364; Nr. 50. S. 1397; Nr. 52. S. 1451.

Edel, M., Sanatorien und Umsatzsteuer. Psych.-neur. Woch. Nr. 35 u. 36. S. 226.

Falta, W., Zur Reform des medizinischen Unterrichts. Wien. klin. Woch. Nr. 51. S. 1352.

Finger, E., Die Beratungsstellen für Geschlechtskrankheiten. Wien. med. Woch. Nr. 51 u. 52. S. 2233.

Finger, E., Das schwedische Gesetz, betreffend Maßnahmen gegen die Verbreitung von Geschlechtskrankheiten, vom 20. Juni 1918. Wien. klin. Woch. 1919. Nr. 5. S. 117.

Fischer, H., Die traumatische Apoplexia cerebri vor Gericht. v. Volkmanns Samml. klin. Vortr. Nr. 751/53. S. 525.

Fischer, V., Zur Reformierung der medizinischen Studienordnung. Wien. klin. Rundschau Nr. 45 u. 46. S. 255.

Fischler, F., Ärztliche Betrachtungen über unsere Ernährungslage und ihre Einwirkungen auf die Volksgesundheit. Münchn. med. Woch. 1919. Nr. 2. S. 51.

Frank, P., Lungenentzündung nicht Folge einer fast ein Jahr zurückliegenden Rückenverletzung. Med. Klin. 1919. Nr. 1. S. 18.

Frank, P., Unterschenkelamputation nach Fall bei der Arbeit — kein Betriebsunfall, sondern Folge eines Sarkoms. Monatsschr. f. Unfallheilk. u. Invalidenw. Nr. 10. S. 229.

Fürst, M., Kurpfuscherei und Kurpfuschereigesetze. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Nr. 22. S. 603; Nr. 23. S. 634.

Furstner-Risselada, A. M., Jets omtrent de diagnose en prognose van calcaneus fracturen. Tijdschr. voor Ongevallen Geneesk. Bd. 4. H. 1. S. 18.

Gerber, O. P., Grundlagen und Aussichten wirtschaftlicher Fürsorgemaßnahmen für tuberkulose Kriegsbeschädigte und Heilstättenentlassene. Wien. klin. Woch. 1919. Nr. 4. S. 89.

Grassl, Allzumenschliches bei den Ärzten. Münchn. med. Woch. Nr. 46. S. 1299.

Helme, F., Les crédits pour laboratoires et la cession des appareils scientifiques désormais inutiles à l'armée. Presse méd. Nr. 67. Suppl. S. 793.

Herrgott, A., Du secret professionnel dans les avortements criminels. Ann. de Gyn. et d'Obst. Bd. 93. H. 3. S. 140.

Hilgermann, Zur Neugestaltung des medizinischen Studiums. D. med. Woch. 1919. Nr. 1. S. 22.

Hoche und Dörfler, Eignet sich die Hebamme zur Säuglingsfürsorgerin? Zeitschr. f. Med.-Beamte 1919. Nr. 1. S. 21.

Hoggard, W. D., The medical profession and the great war. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 27. H. 3. S. 281.

Horn, P., Weitere Ergebnisse zur Abfindung von Unfallneurosen. Neur. Zentralbl. 1919. Nr. 2. S. 52.

Horn, P., Über nervöse Erkrankungen nach Eisenbahnunfällen, mit besonderer Berücksichtigung von Verlauf und Entschädigung. Mit einem Vorwort von Dr. *Th. Rumpf*. 2. völlig umgearb. u. erweiterte Auflage. Bonn, A. Marcus & E. Webers Verlag. 174 S. Geh. 9 Mk., geb. 10 Mk. 80 Pf.

Israel, Säuglingsfürsorge und Hebammen. Zeitschr. f. Med.-Beamte Nr. 24. S. 13.

Jellinek, St., Die Eigenart der elektrischen Verletzung und ihre ärztliche Wertung. Wien. klin. Woch. Nr. 45. S. 1207.

Joachim, H., Die Steuererklärung der Ärzte. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. 1919. Nr. 2. S. 61.

Kaestner, P., Der Arzt in der Rechtssprechung. Münchn. med. Woch. Nr. 47. S. 1327.

Keller, C., Die Frau im Beruf, insbesondere Beruf und Schwangerschaft, Beruf und Frauenkrankheiten. Eine sozial-hygienische Studie. v. Volkmanns Samml. klin. Vortr. Nr. 754/57. S. 179.

Koebner, Fr., Die Verstaatlichung des Ärztestandes. Utopie und Wirklichkeit. Münchn. med. Woch. 1919. Nr. 5. S. 134.

Kollwitz, Die Sozialisierung der Ärzteschaft. D. med. Woch. 1919. Nr. 3. S. 77.

Korteweg, J. A., Medisch-statistische onderzoekingen over de onderarmbreuken, bemerkt naar gegevens uit de archieven der Rijksverzekeringsbank. Tijdschr. voor Ongevallen-Geneesk. Bd. 3. H. 11. S. 322; H. 12. S. 362.

Korteweg, J. A., De tendovaginitis crepitans al of niet een ongeval? Tijdschr. voor Ongevallen-Geneesk. Bd. 3. H. 12. S. 393.

Korteweg, J. A., Breuken van den onderarm als gevolg van den dynamischen factor der beleedigende krachten. Tijdschr. voor Ongevallen-Geneesk. Bd. 4. H. 1. S. 1.

Lehmann, Über die Todesursache bei Schädelverletzung durch stumpfe Gewalt. Monatsschr. f. Unfallheilk. u. Invalidenw. Nr. 11. S. 249.

Linser, Krieg und Geschlechtskrankheiten. Württemb. med. Korr.-Bl. Nr. 46. S. 401.

Lossen, H., Das Wechselfieber (Malaria) und seine Bedeutung in der Sozial- und Privatversicherung. Monatsschr. f. Unfallheilk. u. Invalidenw. Nr. 10. S. 211.

Loeb, S., Dienstverweigerung aus religiösen Gründen und ihre gerichtsärztliche Beurteilung. Psych.-neur. Woch. 1918/19. Nr. 31 u. 32. S. 199.

Löhmann, K., Kriegseltern. Hyg Nr. 16. S. 139.

Mamlock, G., Ärztliches Standesleben im Kriege. D. med. Woch. Nr. 46. S. 1278.

Mc Connell, E., The State and pre-natal hygiene. Brit. med. Journ. Nr. 3014. S. 305.

Moll, L., Vier Jahre ärztliche Fürsorgearbeit in der Kriegspatenschaft nebst kurzen Bemerkungen zu meinem Vorschlage der Mutterräte. Wien. klin. Woch. 1919. Nr. 1. S. 9.

Mossel, F. B., Uitkomstberekening van den behandelingsduur enz. van breuken der extremiteiten door der chirurg-spezialist en door den huisarts. II. Tijdschr. voor Ongevallen-Geneesk. Bd. 3. H. 11. S. 343 u. H. 12. S. 379.

Pfleiderer, Zur Landarztfrage. Württemb. med. Korr.-Bl. Nr. 46. S. 403.

Pfordten, Th. von der, Die Belehrungspflicht des Arztes nach § 4 der Verordnung vom 11. Dezember 1918. Münchn. med. Woch. 1919. Nr. 5. S. 132.

Rott, Richtlinien für die Einrichtung und den Betrieb einer Säuglingsfürsorgestelle. D. med. Woch. Nr. 49. S. 1362.

Roux-Berger, J. L., L'enseignement de la chirurgie. Presse méd. Nr. 71. Suppl., S. 837.

Ruff, E., Die Lage der heimgekehrten Ärzte. Wien. klin. Woch. Nr. 49. S. 1308.

Ruhemann, K., Bruch des linken Oberschenkelhalses durch Betriebsunfall. — Tod infolge Hypernephroms der rechten Niere und des Gehirns. Ursächlicher Zusammenhang nicht anerkannt. Med. Klin. 1919. Nr. 3. S. 72.

Schaefer, F., Behörden gegen die Trunksucht Untergebener. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 74. H. 4 bis 6. S. 294.

Schaeffer, R., Die Beibehaltung des ärztlichen Ehrengerichtes. D. med. Woch. 1919. Nr. 5. S. 134.

Schmidt, P., Organisatorische Maßnahmen zur Seuchenbekämpfung. D. med. Woch. 1919. Nr. 1. S. 11.

Schönfeld, R., Perniziöse Anämie und Unfall. Med. Klin. Nr. 74. S. 1166.

Schubart, Zum Entwurf des Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Münchn. med. Woch. Nr. 49. S. 1386.

Schwabe, Eignet sich die Hebamme zur Säuglingsfürsorgerin? Zeitschr. f. Med.-Beamte 1919. Nr. 1. S. 17.

Sick, Zur Besetzung der Ärztestellen an württembergischen Krankenhäusern. Württemb. med. Korr.-Bl. Nr. 49. S. 428.

Stoffel, A., und L. Luft, Über die Aufgaben der Lazarettschulen mit besonderer Berücksichtigung der Arbeitstherapie. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Nr. 24. S. 647.

Telekv, L., Über ärztliche Berufsberatung. Wien. Verlag von Moritz Perles. 53 S.

Thenen, J., Die soziale Medizin in der ärztlichen Fortbildung. Wien. med. Woch. Nr. 47. S. 2067.

Wantschura, F., Tätigkeit und Ziele der ärztlichen Heimkehrerorganisation. Wien. klin. Woch. 1919. Nr. 7. S. 176.

Wattenberg, Aufnahme usw. von Geisteskranken in Irrenanstalten. Psych.-neur. Woch. 1918/19. Nr. 35 u. 36. S. 223.

Zappert, J., Die Einführung von Schulärzten an unseren Mittelschulen. Wien. med. Woch. Nr. 1. S. 19.

Zollinger, F., Das neue schweizerische Unfallversicherungsgesetz. Monatsschr. f. Unfallheilk. u. Invalidenw. Nr. 11. S. 235.

Zumbusch, L. v., Neue gesetzgeberische Maßnahmen gegen die Geschlechtskrankheiten. Münchn. med. Woch. 1919. Nr. 5. S. 130.

20. Militärärztliche Wissenschaft.

Babin, L., Immobilisation des fractures de cuisse de guerre sur le champ de bataille (procédé de la baïonette condée). Presse méd. Nr. 72. S. 669.

Böhler, L., Ausgedehntes Pulvergasemphysem nach Leuchtpistolenverletzung. Münchn. med. Woch. Nr. 49. S. 1384.

Burkard, O., Die einarmigen Kriegsbeschädigten im Berufsleben. Münchn. med. Woch. Nr. 46. S. 1294.

Cemach, A. J., Der akustische Blinzelreflex in der militärärztlichen Konstatierungspraxis. Wien. med. Woch. Nr. 50. S. 2189.

Chavasse, F. B., A method for the immediate treatment of fracture of the femur on the Battlefield at the site of the casualty. Brit. med. Journ. Nr. 3014. S. 373.

Dannehl, Dr., Herzdiagnostik des Truppenarztes im Felde. D. med. Woch. Nr. 50. S. 1388.

Delagenière, H., Traitement et résultats éloignés des lésions des nerfs par projectiles de guerre. Presse méd. Nr. 58. S. 537.

Denéchau, Les phréno-névroses: gros ventre de guerre ou ventre accordéon; fruits de croassement abdominaux. Presse méd. Nr. 1. S. 3.

Depage, A., A. P. Dustin et G. Debaisieux, Ambulance de l'Océan (La Panne, Belgique). Travaux scientifiques. Tome II. Masson et Cie., éd. Paris. 352 S. Preis 30 frs.

Drastisch, B., Organisatorisches über Kriegsneurosen und -psychosen. Wien. med. Woch. Nr. 47. S. 2053.

Falta, M., Bemerkung zum Artikel „Der akustische Blinzelreflex in der militärärztlichen Konstatierungspraxis" von Dr. *Cemach*. Wien. med. Woch. Nr. 50. S. 2193.

Fantozzi, G., Sui trapianti cartilaginei con particolare riguardo alla condroplastica per lesioni di guerra. Rivista crit. di clin. med. Nr. 41—43.

Glaser, A., Vom Sanitätswesen in der englischen Armee. Münchn. med. Woch. Nr. 45. S. 1248.

Glover, J. A., „Spacing out" in the prevention of military epidemies of cerebrospinal fever. Brit. med. Journ. Nr. 3019. S. 509.

Hammond, T. E., The position of the operation for the excision of a cartilage in military surgery. Brit. med. Journ. Nr. 3026.

Häußner, F., Zur Frage der wirtschaftlichen Fürsorge für unsere Kriegsteilnehmer. Münchn. med. Woch. 1919. Nr. 1. S. 22.

Hautmann, F., Ärztliche Erfahrungen im Hochgebirgs-Minenkampf. Wien. med. Woch. Nr. 47. S. 2063; Nr. 48. S. 2109.

Heidler, H. H., Über Kriegsverletzungen des Gefäßsystems. Wien. klin. Woch. 1919. Nr. 2. S. 37.

Herrenknecht, Die Versorgung der Kieferverletzten während des Krieges und nach dem Kriege. D. Monatsschr. f. Zahnheilk. Nr. 11. S. 338.

Hughes, B., and H. S. Banks, War surgery from firing line to base. London. Baillière, Tindall and Coe. 623 Seiten. Preis 33 Shilling.

Hurst, A. F., The bent back of soldiers. Brit. med. Journ. Nr. 3023.

Kruke, A., Zur Frage der wirtschaftlichen Fürsorge für unsere Kriegsteilnehmer. Münchn. med. Woch. Nr. 48. S. 1357.

Klose, H., Der Kriegs-Basedow. Pathogenese, Typen, Verlauf und militärärztliche Bewertung. Med. Klin. Nr. 49. S. 1199.

Landau, E., Neuro-pathologische Kriegserfahrungen. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte 1919. Nr. 2. S. 33.

Lange, F., Kriegsorthopädie und Friedenkrüppelfürsorge. Wien. med. Woch. Nr. 46. S. 2009.

Lewis, Th., Medical reports on soldiers discharged from the army for the conditions known as „D. A. H." and „V. D. H." Brit. med. Journ. Nr. 3024.

Loeffler, Fr., Eine neue, die Außenrotation des Beines ermöglichende Lagerungsschiene für die Behandlung hoher Oberschenkelfrakturen. Münchn. med. Woch. Nr. 48. S. 1353.

Matko, J., Gedanken betreffs der Heilung und sozialen Fürsorgeaktion für die malariakranken Kriegsteilnehmer Deutsch-Österreichs. Wien. klin. Woch. 1919. Nr. 2. S. 30.

Meixer, K., Anatomische Erfahrungen aus dem Felde. Wien. klin. Woch. 1919. Nr. 4. S. 77.

Mc Kee, S. Hanford, Some aspects of military ophthalmology. Brit. med. Journ. Nr. 3013.

Mills, A., The administration of anaesthetics to soldiers. Brit. med. Journ. Nr. 3013.

Moon, R. O., Some reflections on cardiac conditions in soldiers. Brit. med. Journ. Nr. 3022.

Münchmeyer, G., Über Wasserbeurteilung im Felde. D. med. Woch. Nr. 47. S. 1302.

Neumann, Zur Organisation der Kriegsbeschädigtenfürsorge. Münchn. med. Woch. Nr. 50. S. 1411.

Nicoll, J. H., The femoral artery in war surgery. Brit. med. Journ. Nr. 3021.

Pappenheim, M., und V. Kraus, Über Kriegsneurosen bei türkischen Soldaten. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 74. H. 4—6. S. 310.

Peacock, A. H., An army cystoscopic table. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 27. H. 4. S. 447.

Pick, E. P., und R. Wasicky, Toxikologische Erfahrungen über Mittel, welche von Soldaten zur Erzeugung von Krankheiten verwendet worden sind (Selbstbeschädigungsmittel). Med. Klin. 1919. Nr. 1. S. 6.

Pool, E. H., B. J. Lee and P. A. Dineen, Surgery of the soft parts, bones and joints, at a front hospital. Surg. Gyn. and Obst. Bd. 27. H. 3. S. 289.

Reh, Die Braunsche Schiene im Felde. Münchn. med. Woch. Nr. 48. S. 1353.

Saalmann, Zur Versorgung unserer Kriegsverletzten mit Ersatzgliedern. D. med. Woch. Nr. 50. S. 1396.

Scheele, Eine typische Kopfverletzung bei der Marine. Münchn. med. Woch. Nr. 49. S. 1385.

Schleim, E., Eine für den Schützengraben zweckmäßige Verwundeten-Tragstange. Wien. med. Woch. Nr. 43. S. 1895.

Schmincke, A., Die Kriegserkrankungen der quergestreiften Muskulatur. Samml. klin. Vorträge, Nr. 758—759. S. 675.

Schneider, E., Über vermutlich durch Ernährungsfehler entstehende Soldatenkrankheiten und ihren Zusammenhang. Wien. klin. Woch. Nr. 47. S. 1266.

Schultze, E., Die Erkennung epileptischer Krampfanfälle vom militärärztlichen Standpunkt. Med. Klin. Nr. 51. S. 1248; Nr. 52. S. 1272.

Seifert, O., Kurze Anleitung für Kriegsverletzte zum Schreiben mit der linken Hand. Münchn. med. Woch. Nr. 46. S. 1295.

Stern, A., Über Poliomyelitis im Heere. D. med. Woch. 1919. Nr. 2. S. 40.

Thöle, Abänderung der Braunschen Beinschiene für den Feldgebrauch. (Zusammenlegbar und dadurch leicht transportabel gemacht.) Münchn. med. Woch. Nr. 48. S. 1355.

Thomas, W. Thelwall, The evolution of the voluntary hospital and its future. Brit. med. Journ. Nr. 3020.

Trotter, R. H., Neurasthenie and hysterical cases in general military hospitals. Lancet Nr. 4969. S. 703.

Villandre, Ch., Traitement des traumatismes rachidiens de guerre dans les formations saintaires d'armée. Presse méd. Nr. 61. S. 561.

Wagner-Jauregg, v., Kriegsneurologisches und Kriegspsychiatrisches. Wien. med. Woch. Nr. 43. S. 1877.

Weinberg, Verbesserung an der Hamburger Vorrichtung für den Verwundetentransport in Kleinbahnwagen. Münchn. med. Woch. Nr. 47. S. 1323.

21. Geschichte der Medizin, medizinische Geographie, Biographien.

Adriani, N., Schwangerschaft und Geburt bei den Toradja in Mittel-Celebes. Janus Bd. 22. Nr. 5 u. 6. S. 108.

Andel, M. A. van, Spectatoriale vertoogen over degeneeskundige praktijk in het laatst der 18e eeuw. Medisch Weekblad Nr. 31. S. 481; Nr. 32. S. 497; Nr. 33. S. 513.

Baer, G., Nachruf auf *Forlanini*. Zeitschr. f. Tuberk. Bd. 29. H. 5. S. 294.

Bergh, E., Studier över dövstumheten i Malmöhus län. Svenska Läkares. Handlingar. Bd. 44. H. 4. S. 507.

Boruttau, H., *Ludwig Traube* und die Geschichte der experimentellen Pathologie in Deutschland. Zeitschr. f. exper. Path. u. Ther. Bd. 20. H. 1. S. 144. 1919.

Calmette, A., Protestation des savants de Lille contre les actes de barbarie des allemands. Presse méd. Nr. 60. S. 557.

Chaplin, A., Encerpts from the *Fitz Patrich* lectures: the early history of the army medical service and the naval medical service. Brit. med. Journ. Nr. 3025.

Charpentier, J., Ein Beitrag zur Geschichte der Syphilis in Indien. Nord. med. Arkiv. Bd. 51. Abt. II. H. 1. S. 47.

Cohen, E., *Herman Boerhave* als mensch en chemicus. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 1. S. 13.

Combemale, La Faculté de Médecine de Lille pendant l'occupation allemande. Presse méd. Nr. 2. Suppl. S. 14.

Eskuchen, K., *Walter Brasch*. Münchn. med. Woch. Nr. 48. S. 1356.

Feldhaus, F. M., Geschichte der Medizin. Eine heilgymnastische Maschine von etwa 1805. D. med. Woch. Nr. 49. S. 1365.

Fog, R., Der Unholt „Grendel" in Bjovulf. Janus Bd. 23. H. 7—9. S. 159.

Gils, J. B. F. van, Zwangerschap, bevalling en kraambed op het onde Nederlandsche tooneel. Nederl. Maandschr. voor verlosk., en vrouwenz. en kindergeneesk. Bd. 7. H. 8. S. 417.

Gijsberti Hodenpijl, A. K. A., De pokkenepidemie te Kaap de Goede Hoop in 1755 en de maat-

regelen daartegen aangewend. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 2. Hälfte Nr. 17. S. 1434.

Glover, E. E. U., Historical account of tonsillectomy. Brit. med. Journ. Nr. 3025.

Haber, F., Der Kulturphilosoph unserer Zeit *Georg Simmel*. Die Umschau. Nr. 46. S. 593.

Helme, F., Une visite a la Faculté de Strasbourg. Presse méd. Nr. 2. Suppl. S. 9.

Herwerden, M. A van, Die Freundschaft zwischen *Donders* und *v. Graefe*. Janus Bd. 22. H. 5 u. 6. S. 81.

Holmgren, E., *Korbinian Brodmann.* Hygiea Bd. 80. H. 23. S. 1334.

Hunger, F. W. T., *Boerhave* als natuurhistoricus. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 1. S. 36.

Huppenbauer, K., Chirurgische und opthalmologische Erfahrungen von der Goldküste. Arch. f. Schiffs- u. Tropen-Hyg. Bd. 22. Nr. 19. S. 341.

John, Regierungsrat Dr. *Josef Starlinger.* Psych.-neur. Woch. 1918/19. Nr. 27. S. 180.

Keßler, O., Deutsche sanitäre Arbeit in der Türkei. D. med. Woch. Nr. 48. S. 1334.

Kirchner, *Georg Gaffky.* Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Nr. 22. S. 614.

Kleiweg de Zwaan, J. P., Het portret van *Boerhave* door *Aert de Gelder.* Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 1. S. 77.

Kley, J. J. van der, De werken van Bartholomaeus Eustachius. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 2. Hälfte Nr. 24. S. 1913.

Kreuzwendedich v. d. Borne, und Schut, Over Lilustuberculose in Nederlandsch-Indië. Geneesk. Tijdschr. voor Nederl.-Indië Bd. 58. H. 3.

Kroon, J. E., *Boerhave* als hoogleevaar-promotor. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 1. S. 87.

Langen, C. D. de, De pathogenese van de maagzweer van tropisch standpunt bekeken. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 2. S. 178.

Leclerc, H., Histoire de l'ail. Janus Bd. 23. H. 7—9. S. 167.

Leersum, E. C. van, *Herman Boerhave* (31. December 1668 bis 23. September 1738). Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 1. S. 1.

Leersum, E. C. van, *Boerhave's* dictaten, inzonderheid zijner klinische lessen, met een beschrijving van *Gerard va Swieten's* stenografische nalatenschap. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 1. S. 50.

Leersum, E. C. van, Een paar brieven van *Boerhave* aan *Cox Macro.* Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 1. S. 100.

Lint, J. G. de, Geneeskundige mededeelingen van een Gorkumsche geneesher uit de laatste helft der 17e eeuw. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 2. Hälfte Nr. 20. S. 1631.

Lint, J. G. de, *Boerhave's* beeltenissen in gravuren. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 1. S. 79.

Loghem, J. J. van, The plague of the 17th century compared with the plagne of our days. Janus Bd. 22. H. 5 u. 6. S. 95.

Loghem, J. J. van, Punten van vergelijking tusschen de Europeesche pest in de 17e eeuw en de hedendaagsche builenpest der tropen en sub-tropen. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 2. Hälfte Nr. 24. S. 1939.

Mamlock G., Geschichte der Medizin. Zum 100. Geburtstag von *Emil du Bois-Reymond.* D. med. Woch. Nr. 45. S. 1254.

Mayer, K. E., *Blücher* in kranken Tagen. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 74. H. 4—6. S. 323.

Medizinal-Kalender 1919., Berlin 1919, *August Hirschwald.* 1. Abt. Kalendarium m. 2 Beiheften. I. Beiheft S. 1—270; II. Beiheft S. 271—462; II. Abt. Medizinal-Kalender (Personalien). 682 S.

Much, H., Zensur und Wissenschaft. Münchn. med. Woch. 1919. Nr. 2. S. 52.

Peachey, G. C., The two *John Peacheys,* seventeenth century physicians; their lives and times. Janus Bd. 23. H. 7—9. S. 121.

Ridder, *Berthold von Kern* zum 70. Geburtstage. D. med. Woch. Nr. 49. S. 1366.

Schloßmann, A., *Adolf Baginsky* †. Arch. f. Kinderheilk. Bd. 67. H. 1 u. 2. S. 1.

Vogelsang, Bilderreden aus *Dörpfelds* Schriften. Zeitschr. f. Kinderforsch. H. 10 u. 11. S. 2.

Wetterdal, H., *Mortimer Bruhn-Fahraeus.* Hygiea Bd. 80. H. 23. S. 1329.

Zeeman, W. P. C., *Boerhave* en de oogheelkunde. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 1. S. 44.

Ziehen, Th., *Berthold von Kern* als Philosoph. D. med. Woch. Nr. 49. S. 1366.

22. Technik.

Bergmann, Zur Technik der Salvarsaninjektion. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Nr. 23. (Med.-techn. Mitteil. Nr. 12. S. 45.)

Brown, W. L., and C. P. Brown, Temporary internal fixation of compound fractures. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 27. Nr. 4. S. 440.

Bruckner, G., 1. Malaria-Schnellfärbung. 2. Behelfs-Brutschrank. D. med. Woch. 1919. Nr. 4. S. 101.

Busby, A. H., A practical method of foreign body localization. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 27. H. 4. S. 413.

Chapple, W. A., A report on temporary pegs for amputation of the lower limb. Brit. med. Journ. Nr. 3022.

Citron, H., Über quantitative Zuckerbestimmung nebst Beschreibung eines neuen Harnzuckerapparates. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. 1919. Nr. 1. (Med.-techn. Mitteil. 1919. Nr. 1. S. 3.)

Dowden, J. W., The curse of immobilisation. Brit. med. Journ. Nr. 3021.

Eliason, E. L., Method of enternal fixation for fractured femur. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 27. H. 4. S. 443.

Engel, H., Eine Verbesserung der Volk-Engelschen Radialisschiene. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. 1919. Nr. 1. — Med.-techn. Mitteil. 1919. Nr. 1. S. 3.

Fein, J., Zur Anwendung der Hypopharyngoskopie. Wien. klin. Woch. 1919. Nr. 1. S. 2.

Fiddian, J. V., Eine pneumatische Konstriktionsbinde für Amputationen und andere Zwecke. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Nr. 23. — Med.-techn. Mitteil. Nr. 12. S. 47.

Galeotti, G., The Ergoestesiograph: an apparatus for the graphical representation of the muscular aptitude of candidates for aviation. Lancet Nr. 4969. S. 702.

Gause, A., Einfache Technik der intravenösen Neosalvarsaninjektion. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Nr. 23. — Med.-techn. Mitteil. Nr. 12. S. 45.

Gentil, Un procédé de réduction des déplacements angulaires des fractures. Presse méd. Nr. 58. S. 536.

Goetze, O., Die Röntgendiagnostik bei gasgefüllter Bauchhöhle; eine neue Methode. Münchn. med. Woch. Nr. 46. S. 1276.

Griffiths, N. E., A splint for fractured shaft of the femur. Brit. med. Journ. Nr. 3014. S. 374.

Harrison, L. W., A portable „bob" out fit. Lancet Nr. 4969. S. 710.

Helbing, C., Kurze Mitteilung über einen Ersatz von Gipsmullbinden. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Nr. 23. — Med.-techn. Mitteil. Nr. 12. S. 47.

Holzknecht, Einfaches Durchleuchtungsgerät als Zusatz zur Röntgeneinrichtung. Münchn. med. Woch. Nr. 52. S. 1466.

Horváth, Eine Modifikation der Methode des „dicken Tropfens". D. med. Woch. Nr. 48. S. 1331.

Johnston und Buchanan, Neue Schienen für Schußfrakturen. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Nr. 23. — Med.-techn. Mitteil. Nr. 12. S. 46.

Kelling, G., Nachtrag zur „Beseitigung der Narkosedämpfe aus dem Operationssaale". Zentralbl. f. Chir. Nr. 50. S. 907.

Kreuzfuchs, S., Röntgenuntersuchung Schwerverletzter und Extendierter im Krankenzimmer. Wien. klin. Woch. Nr. 45. S. 1205.

Kummer, Über ein neues Modell einer zusammenklappbaren „Braunschen Schiene". Münchn. med. Woch. Nr. 48. S. 1355.

Liesegang, R. Ed., Ersatz des Kanadabalsams bei histologischen Präparaten. Münchn. med. Woch. Nr. 47. S. 1327.

Linnartz, M., Zur Technik der Nagelextension. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Nr. 23. — Med.-techn. Mitteil. Nr. 12. S. 45.

Mock, Zur Technik der Silbersalvarsanbehandlung. D. med. Woch. Nr. 52. S. 1447.

Moog, C. de, Een onverschuifbar snelverband, zonder daarbij den lijder te velde in de koude te moeten uit kleeden. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. H. 2. Nr. 23. S. 1806.

Oberling, K. Ein Gestell aus Kramer-Aluminiumschienen zur Extensionsbehandlung bei Amputationesstümpfen. Münchn. med. Woch. 1919. Nr. 3. S. 75.

Pappenheim, M., Über Druckmessung bei der Lumbalpunktion. Med. Klin. Nr. 45. S. 1111.

Pick, J., Ein neuer, einfacher Unterdruckatmungsapparat. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Nr. 23. — Med.-techn. Mitteil. Nr. 12. S. 48.

Plagemann, H., Der unterbrochene Salbenverband zur Beschleunigung der Wundheilung und Ersparung von Salbe. Med. Klin. Nr. 45. S. 1113.

Rhéaume, Transfusion du sang, technique employée à l'hôpital militaire canadien de Joinville-le-Pont. Presse méd. Nr. 63. S. 582.

Roederer, M., Dispositif métallique. Solidarisant un Delbet de cuisse et un Delbet de jambe pendant la marche et leur laissant une complète indépendance pendant les manoeuvres de mobilisation du genou. Presse méd. Nr. 68. Suppl. S. 805.

Roman, B., Über vitale Färbung von elastischen Fasern durch Thienyl-Chinolin-Karbonsäure, ihre Bedeutung, sowie ihre Beziehung zur Vitalfärbung anderer Gebilde. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 49. S. 1638.

Schepelmann, E., Gesichtsschutzbügel zur Verwendung bei Operationen ohne Narkose. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Nr. 23. — Med.-techn. Mitteil. Nr. 12. S. 47.

Schmid, E. F., Stütz- und Behandlungsapparate. D. med. Woch. Nr. 51. S. 1429.

Schultze, E. O. P., Ein Schienenhülsenapparat zur Behandlung der kongenitalen Hüftluxation nach der Einrenkung. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Nr. 23. — Med.-techn. Mitteil. Nr. 12. S. 45.

Schum, H., Behelfsmäßiger Narkoseapparat für das Druckdifferenzverfahren. Münchn. med. Woch. Nr. 46. S. 1296.

Schwarze, Lockerung festsitzender Glasteile (Glashähne usw.) durch Anwendung von Wasserstoffsuperoxyd. Münchn. med. Woch. Nr. 47. S. 1327.

Strausz, H., Über einen neuen Apparat zur Übung der Greifbewegung. Münchn. med. Woch. Nr. 47. S. 1323.

Thoms, H., An efficient and inexpensive incubator. Amer. Journ. of Obst. Bd. 78. H. 4. S. 542.

Timmer, H., Het hardworden van gips. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. H. 2. Nr. 26. S. 2011.

Turner, Ph., The triangle splint in the treatment of compound fractures of the humerus. Brit. med. Journ. Nr. 3026.

Uhlmann, Fr., Über eine neue Vitalfärbung. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 50. S. 1665.

Vulpius, O., Eine einfache Armschiene. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. 1919. Nr. 1. — Med.-techn. Mitteil. 1919. Nr. 1. S. 2.

Wahl, K., Beiträge zur europädischen Verbandtechnik. Münchn. med. Woch. Nr. 52. S. 1462.

Wertheim-Salomonson, Das Saitengalvanometer-Signal und die Registrierung von Herztönen. Pflügers Arch. Bd. 127. S. 413.

Zander, P., Die Extension als Hilfsmittel beim Anlegen von Gipsverbänden. Münchn. med. Woch. 1919. Nr. 5. S. 129.

23. Sexualwissenschaft.

Fantl, G., und R. Willheim, Die Prostitution und die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Zeitschr. f. Bekämpf. d. Geschlechtskr. Bd. 19. Nr. 10. S. 253.

Fehlinger, H., Geschlechtsbestimmung. Zeitschr. f. Sexualw. Bd. 5. H. 9. S. 295.

Fließ, W., Sexualität und Symmetrie. Entgegnung auf den gleichnamigen Aufsatz von *Paul Kammerer*. Zeitschr. f. Sexualw. Bd. 5. H. 8. S. 249.

Fließ, W., Sexualität und Symmetrie. Zeitschr. f. Sexualw. Bd. 5. H. 9. S. 281.

Kisch, E. H., Die sexuelle Untreue der Frau. Erster Teil: Die Ehebrecherin. 3. vermehrte Aufl. Bonn. A. Marcus & E. Webers Verlag. 206 S. Preis geh. 6.60 Mk., geb. 8.35 Mk.

Kruženecký, J., Analytische Bemerkungen zum Problem der Geschlechtsbestimmung. Zeitschr. f. Sexualw. Bd. 5. H. 9. S. 273.

Placzek, Dr., Freundschaft und Sexualität. Bonn. A. Marcus & E. Webers Verlag. 4. wieder erweiterte Auflage. 7.—9. Tausend. 157 S. Preis geh. 4 Mk., geb. 5.75 Mk.

Praetorius, N., Ein homosexueller Dichter des 17. Jahrhunderts: *Saint-Pavin*, der „König von Sodom". Zeitschr. f. Sexualw. Bd. 5. H. 8. S. 261.

Prinzing, Fr., Der Frauenüberschuß nach dem Krieg. D. med. Woch. Nr. 49. S. 1360.

Scheurer, P., Zum Problem der Geschlechtsvorhersage. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 44. S. 1473.

Schultze, E., Die Prostitution bei den gelben Völkern. (Abhandlungen aus dem Gebiete der Sexualforschung. Bd. I. H. 2.) Bonn. A. Marcus & E. Webers. Verl. 46 S. (Einzelpreis 3.20 Mk., Vorzugspreis 2.40 Mk.

Theilhaber, F. A., Zur Sexualpathologie der Blutungen insbesondere des „gefährlichen Alters". Zeitschr. f. Sexualw. Bd. 5. H. 7. S. 234.

Winge, P., Der menschliche Gonochorismus und die historische Wissenschaft. (Abhandlungen aus dem Gebiete der Sexualforschung. Bd. I. H. 3.) Bonn. A. Marcus & E. Webers Verl. 38 S. Einzelpreis 2.80 Mk., Vorzugspreis 2.10 Mk.

Für die Redaktion verantwortlich: Prof. Dr. Bachem in Bonn.
A. Marcus & E. Webers Verlag (Dr. jur. Albert Ahn) in Bonn. — Druck: Otto Wigand'sche Buchdruckerei G. m. b. H. in Leipzig.

SCHMIDTS JAHRBÜCHER

DER IN- UND AUSLÄNDISCHEN

GESAMTEN MEDIZIN

HERAUSGEGEBEN UNTER MITWIRKUNG VON

Prof. ASCH-Straßburg; Prof. BACHEM-Bonn; Priv.-Doz. Dr. BLUM-Wien; Dr. BRAUNS-Dessau; Dr. BRÜCKNER-Dresden; Dr. BRÜTT-Hamburg; Dr. CORDES-Berlin; Prof. CORDS-Bonn; Prof. DITTLER-Leipzig; Dr. FILBRY-Würzburg; Dr. FISCHER-DEFOY-Dresden; Prof. FLURY-Berlin-Dahlem; Dr. FRAENKEL-Heidelberg; San.-Rat Dr. GANTER-Wormditt; Dr. GEPPERT-Hamburg; Prof. GRUBE-Bonn (Neuenahr); Dr. HAHN-Baden-Baden; Prof. HEIMANN-Breslau; Zahnarzt HEYDEN-Bonn; Prof. HIRSCH-Göttingen; Prof. HOFFMANN-Düsseldorf; Priv.-Doz. Dr. ISAAC-Frankfurt a. M.; Ob.-Stabsarzt Dr. JAEHN-Breslau; Priv.-Doz. Dr. JOLLY-Halle a. S.; Dr. KADNER-Dresden; Dr. KANKELEIT-München; Prof. KAUFMANN-Göttingen; Dr. KAUTZ-Hamburg; Med.-Rat KELLNER-Hubertusburg; Dr. KINDBORG-Bonn; Prof. G. KLEMPERER-Berlin; Dr. KLIEN-Leipzig; Dr. KLOTZ-Schwerin; Prof. KÖLLNER-Würzburg; Dr. KÖNIGSFELD-Freiburg i. Br.; Dr. LAMERS-Herzogenbusch; Dr. LÜBBERS-Gladbeck; Dr. MANDELSLOH-Hamburg; Dr. MEYER-SCHÄFER-Zürich-Kilchberg; Prof. MEYER-STEINEG-Jena; Prof. MORITZ-Köln; Dr. MÜHLSTEIN-Prag; Geh. San.-Rat Dr. v. NOORDEN-Homburg; Prof. PUPPE-Königsberg i. Pr.; Prof. RIECKE-Göttingen; Prof. RIETSCHEL-Dresden; Prof. RUMPF-Bonn; Dr. SCHLESS-Marienbad; Dr. SCHLICHTING-Kassel; Dr. SCHMIDT-Andernach; Dr. SCHÖLER-Berlin; Prof. SCHULTZE-Göttingen; Prof. SIEGERT-Köln; Prof. SOBOTTA-Königsberg; Prof. STICKER-Münster i. W.; Prof. STRASBURGER-Frankfurt a. M.; Dr. STROMEYER-Göttingen; Prof. v. STRÜMPELL-Leipzig; Prof. SUDHOFF-Leipzig; Prof. TILMANN-Köln; Dr. TOFF-Braila; Prof. VULPIUS-Heidelberg; Priv.-Doz. Dr. WAGNER-Leipzig; Ob.-Med.-Rat Dr. WALZ-Stuttgart; Dr. F. WEIL-Beuthen O.-S.; Dr. WEINBERG-Frankfurt a. M.; Prof. ZINSSER-Köln.

86. JAHRGANG BAND 329 HEFT 4
APRIL 1919

BONN
A. MARCUS & E. WEBERS VERLAG
Dr. jur. ALBERT AHN

Schmidts Jahrbücher

der

in- und ausländischen gesamten Medizin

86. Jahrgang **Band 329** **April 1919**

A. Originalabhandlungen und Übersichten.

Neuere Arbeiten über Pathologie und Therapie der Verdauungsorgane.

Von

Dr. **P. Kadner**

in Dresden-Loschwitz.

Literaturverzeichnis.

1. Determann, Die Funktion des Magendarms als Grundlage der Diagnostik. Zeitschr. f. phys. u. diät. Ther. 1918. Nr. 7. S. 213.

2. Kaufmann, M., Aus der Praxis der Magen-Darmkrankheiten. Therap. Monatsh. 1918. Nr. 9. S. 332.

3. Simon, O., Über die Beziehungen zwischen Lungentuberkulose und Störungen im Verdauungsapparate. Med. Klin. Bd. 28. S. 685. 1918.

4. Frankl, Vereinfachung der Röntgenuntersuchung des Magens und Darmes durch eine neue Kontrastmittelmischung. Münchn. med. Woch. 1918. Nr. 20. S. 647.

5. Michaelis, L., Die Bestimmung und Bedeutung des Ferments im Magensaft. D. med. Woch. 1918. Nr. 25. S. 685.

6. Roemhild, L., „Pneumatose des Magens" und „gastro-kardialer Symptomenkomplex". Ther. d. Gegenw. 1918. Nr. 10. S. 344.

7. Kuttner, L., Die Erkrankungen des Magens, insbesondere das Magengeschwür, während des Krieges. D. med. Woch. 1918. Nr. 20. S. 537; Nr. 21. S. 568.

8. Zuntz, H., Über das Ulcus ventriculi und duodeni in der Kriegszeit. Münchn. med. Woch. 1918. Nr. 13. S. 345.

9. Hofmann, A., Gibt die Achylia gastrica eine Prädisposition für die Entwicklung des Magenkarzinoms? Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte 1918. Nr. 24. S. 785.

10. Singer, G., Zur radiologischen Diagnose des Magen- und Duodenalgeschwüres. (Mit 2 Abb.) D. med. Woch. 1918. Nr. 17. S. 456.

11. Kelling, G., Über Vorkommen, Beurteilung und Feststellung der Subazidität beim Ulcus ventriculi. Arch. f. Verdauungskrankh. 1918. Nr. 1 u. 2.

12. Alexander, A., Druckpunktsymptom bei Gastroptose. D. med. Woch. 1918. Nr. 16. S. 435.

13. Schütz, E., Verdauungskrankheiten im Kriege. Wien. klin. Woch. 1918. Nr. 15. S. 405.

14. Heinsheimer, Kriegskost und Magenchemismus. Med. Klin. 1918. Nr. 12. S. 291.

15. Schwarz, G., Röntgenologischer Beitrag zur Lehre vom Ulcus ventriculi und duodeni. D. med. Woch. 1918. Nr. 22. S. 597.

16. Finsterer, Hans, Wann soll man bei akuten Blutungen aus Magen- und Duodenalgeschwüren operieren? Wien. klin. Woch. 1918. Nr. 19. S. 521.

17. Philipowicz, J., Über kombinierte chirurgisch-interne Behandlung beim blutenden Magengeschwür. Wien. klin. Woch. 1918. Nr. 26. S. 689.

18. Zweig, Walter, Die Indikationen zur Operation blutender Magengeschwüre. Wien. klin. Woch. 1918. Nr. 22. S. 611.

19. Iselin, Hans, Über Magenresektion bei kallösen Geschwüren der kleinen Kurvatur und maligne Entartung des Ulcus ventriculi überhaupt. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte 1918. Nr. 43. S. 1425.

20. Winiwarten, J. v., Ein Fall von Perforation eines Magenkrebses. Wien. klin. Woch. 1918. Nr. 23. S. 690.

21. Fritzsche, R., Leiomyoma sarcomatodes des Magens. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte 1918. Nr. 38. S. 1273.

22. Froböse, C., Über spontane Magenruptur und intravitale Gastromalazie. Med. Klin. 1918. Nr. 20. S. 494.

23. Schmidt, Ad., Fürsorge und Behandlung darmkranker Krieger. Wien. med. Woch. 1918. Nr. 12. S. 497.

24. Stepp, Wilh., Über nervöse Darmerscheinungen und ihre Beziehungen zur Vagotonie. Med. Klin. Bd. 28. Juli 14. S. 681. 1918.

25. Stepp, W., Die Bedeutung der Duodenalsondierung für die Diagnose der Erkrankungen der Gallenwege. D. med. Woch. 1918. Nr. 43. S. 1190.

26. Lenz, Emil, Über die Dauerbehandlung chronischer Dünndarmstörungen und resorptiver Enterotoxikosen mit Tierkohle. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte 1918. Nr. 41. S. 1361.

27. Grube, K., Über unter dem Bilde der Gallenblasenentzündung verlaufende Fälle von chronischer Appendizitis. Med. Klin. 1918. Nr. 20. S. 490.

28. Schlesinger, Emmo, Die isolierte divertikuläre Zökumstase und ihre Bedeutung für die

Appendizitisdiagnose. D. med. Woch. 1918. Nr. 19. S. 515.
29. Steber, Über einen seltenen Fall von Invaginationsileus. Münchn. med. Woch. 1917. Nr. 20. S. 648.
30. Benecke, E., Askaridenkolitis unter dem Bilde der Appendizitis. Ther. d. Gegenw. 1918. Nr. 3. S. 89.
31. Nigst, P., Zur Frage der Dickdarmlipome. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte 1918. Nr. 29. S. 966.
32. Strauß, H., Mastdarmblutungen. Jahresk. f. ärztl. Fortbild. März 1918. S. 8.
33. Baumstark, R., Der diagnostische Wert des okkulten Blutnachweises in den Fäzes. D. med. Woch. 1918. Nr. 25. S. 692.
34. Kuttner, L., und S. Gutmann, Zur Methodik des okkulten Blutnachweises in den Fäzes. D. med. Woch. 1918. Nr. 46. S. 1265.
35. Loewenthal, F., Kombelen bei Darmerkrankungen im Felde. Ther. d. Gegenw. 1918. Nr. 3. S. 105.

Wenn man das Wort: „omne simile claudicat" zu Recht bestehen läßt, so vergleicht recht anschaulich Determann (1) den Magendarmkanal mit einem dem Transport von Waren dienenden Kanalsystem. Das Wasser sind die Sekrete, die treibende Kraft ist die Magen-Darmmuskulatur, das Transportgut sind die Nahrungsstoffe, welche an den Ufern hier und da gelöscht werden. Schleusen für die Ansammlung von Wasser und zur Ordnung und Vorbereitung der zu löschenden Ladung sind: Schluckakt, Kardia, Sphincter ileocoecalis und Sphincter ani. Die Diagnose der Erkrankung stützt sich auf die Erkenntnis von Störungen im Ablauf der Bewegungsvorgänge und der Sekretion. — Der Gedanke wird weiter ausgeführt. —

Auch mit den Hilfsmitteln der modernen Magendiagnostik ist nach Kaufmann (2) die Ulcusdiagnose nur eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose, wieviel mehr in der Praxis. Es sei immer noch das Beste, den *Schmerz als Leitsymptom* zu betrachten. Weder Magenkatarrh noch nervöse Dyspepsie oder Magenptose seien von richtigen Schmerzen begleitet; außer auf Ulcus könne Schmerz nur auf Cholelithiasis bezogen werden. *Schmerz indiziere eine Ulcuskur* um so mehr, als diese ja nichts schaden könne. Von Medikamenten schätzt K. besonders das Atropin 2—3mal täglich $^1/_2$ mg in Pillen oder Lösung. Mit der Empfehlung der Operation ist K. immer zurückhaltender geworden. Sie sei das Ultimum refugium bei Unerträglichwerden der Beschwerden, komme aber erst in Betracht, wenn mindestens 2 strenge Ruhekuren nichts genutzt haben. — Ferner spricht K. über die Behandlung subakuter und chronischer Durchfälle. Wo Diätbehandlung nicht hilft, sei an sekundäre Entstehung (Mastdarm-, Flexurkrebs) zu denken. Oft sei der Zustand durch Mangel freier Salzsäure im Magensaft bedingt. Endlich können Durchfälle die Folge von Verstopfungszuständen sein. Sie erfolgen dann besonders in der Nacht. Man gebe Stopfmittel unter gleichzeitiger Sorge für Entleerung durch Einläufe und leichte gemischte Kost. Ulzeröse Kolitis und Proktitis und Karzinom geben zu Blutungen Veranlassung. Zur Differentialdiagnose ist rektoskopische Untersuchung erforderlich. Die ulzeröse Proktitis und Kolitis werde nach dem Kriege zweifellos erhöhte Bedeutung gewinnen.

An einer Reihe von Beispielen zeigt Simon (3), daß die Lungentuberkulose besonders unter dem 30. Lebensjahre sehr häufig mit ernsten Magenstörungen und Durchfall beginnt. Verschiedentlich könne das Bild eines Ulcus ventriculi, der Colica mucosa oder reiner Kolitis bestehen, wie auch andauerndes Erbrechen und Pylorospasmen.

Das neue Kontrastmittel, welches Frankl (4) angibt, besteht aus 120—150 g Baryum sulfuricum puriss. in 400 Milch mit Quirl gut gemischt. Es wird *während* der Durchleuchtung getrunken. Die Plattenaufnahmen sollen besonders plastisch und detailreich sein.

Michaelis (5) spricht über das *Labferment des Magensaftes und* über das *Pepsin*. Für die Prüfung der Wirksamkeit des ersteren gibt M. folgendes Verfahren an: Man hält sich von einem haltbaren Labpräparat einen Vorrat, verdünnt vor jedem Versuch in bestimmter Menge und untersucht, welche Verdünnung des zu bestimmenden Magensaftes zeitlich die gleiche Wirkung auf Milch hat, wie diese Kontrollösung. (Labtabletten von *E. Merck*, Darmstadt.) Der Magensaft soll vor der Prüfung nicht neutralisiert werden. Die Beschreibung des Verfahrens muß im Original nachgelesen werden. Nach der Methode angestellte Untersuchungen ergaben im Groben eine deutliche Parallelität zwischen Azidität, Lab und Pepsin. Im Feineren bestehen Unterschiede. Mehrmals war bei starker Subazidität der Pepsinmangel größer als der Labmangel. M. nimmt an, daß bei systematischer auf beide Fermente ausgedehnter Untersuchung an größerem Material sich werden klinisch umschriebene Krankheitsbilder finden lassen, die in Feinheiten der Fermentsekretion ihre objektive Unterlage haben.

Über Pneumatose des Magens schreibt Römhild (6): Der Zustand kommt dadurch zustande, daß der Magen während des Essens unfreiwillig stark mit Luft gefüllt wird; Kardiospasmus, Spasmus der Pars media des Magens, Pylorusinsuffizienz bewirken starke Luftansammlung im Magen-Darmkanal. Auch gesunde, aber nervös reizbare Herzen werden durch abnorme Magenspannung in hohem Maße beeinflußt, die zu temporärer Abknickung der Gefäße führen kann. Abnorme Luftansammlung bewirke Hochstand und Insuffizienz der linken Zwerchfellhälfte, Querlagerung und vorgetäuschte Vergrößerung des Herzens, Vorwölbung der Aorta ascendens nach rechts, gelegentlich Blutdrucksteigerung und auskultatorische Phänomene, die das Bild einer Aortenstenose vortäuschen können. Alles kann sofort verschwinden durch Aufstoßen, Einführen der Magensonde, d. h. Beseitigung der Gasansammlung unterhalb der linken Zwerchfellhälfte, bzw. bei Gasansammlung in der hochstehenden linken Kolonecke durch ausreichende Darmentleerung.

Aus der inhaltreichen Arbeit von Kuttner (7) läßt sich nicht leicht ein kurzer Auszug geben. K. sagt zunächst, daß die *Kriegsschädlichkeiten im allgemeinen mehr den Darm als den Magen betreffen,* sowohl was die akuten als auch was die chronischen Störungen betrifft. — In der Kriegszeit seien viel mehr Fälle von *Gastritis sub- und anacida* zur Beobachtung gekommen als vordem, doch sei die Möglichkeit nicht auszuschließen, daß diese Störungen schon vor dem Kriege latent bestanden haben und durch die Kriegskost in Form von gastrogenen Diarrhöen und Kolitiden, manifest geworden sind. In demselben Sinne haben Magendarmintoxikationen, durch den Salzsäuremangel entstanden, gewirkt. Häufiger als in Friedenszeiten beobachtete K. das Bild der perniziösen Anämie, bei der die Gastritis anacida bzw. die Atrophie der Magenschleimhaut beinahe ein konstantes Phänomen ist. — Das *Magenkarzinom* ist nach einem Rückgang im Jahre 1915 in den folgenden Jahren in gesteigerter Frequenz aufgetreten. Ein wesentlicher Einfluß auf Entwicklung und Wachstum der bösartigen Geschwülste durch den Krieg, bzw. die veränderte Ernährung sei indessen nicht vorhanden. — Die Diagnose des *Magengeschwürs* werde, namentlich bei militärärztlichen Untersuchungen, viel zu häufig gestellt. Es seien Fehl-

diagnosen in dieser Richtung von besonderer Bedeutung, da jedes irrtümlich diagnostizierte Magengeschwür den Kranken dauernd oder auf längere Zeit dem Heeresdienst entziehe, jedes Übersehen eines Magengeschwüres der Kranken aufs schwerste schädigen könne, und zu Ansprüchen auf Dienstbeschädigung führe. Große Vorsicht sei bei Beurteilung sowohl manifester als besonders okkulter Blutungen geboten. Letztere erfordern fortgesetzte Untersuchungen. Auch der negative Blutbefund ist nur mit größter Vorsicht zu verwenden. — *Morbidität und Mortalität an Ulcus ventriculi hat während der Kriegsjahre nicht unerheblich zugenommen.* Die Kriegskost allein sei hierfür nicht anzuschuldigen; manche Ulcuskranke haben sich dabei wohler gefühlt, wahrscheinlich infolge der quantitativen Einschränkung. — Die Röntgenuntersuchung hat erheblichen Wert, wenn es sich um Ulcus callosum oder Ulcus penetrans handelt. — Hyperchlorhydrie werde sehr häufig reflektorisch ausgelöst (durch Gallenleiden, Darminfektion, Appendizitis, *Hernien!*, auch solchen der Linea alba, pleuritische oder peritonische Adhäsionen); als rein funktionelles Leiden komme sie verhältnismäßig selten vor. — Vomitus nervosus könne zu Verwechselung mit Ulcus Veranlassung geben. Man solle auch an zerebrale Ursachen oder Nierenerkrankung denken. Bei den schweren Formen rein nervösen Erbrechens sei Lazarettbehandlung erforderlich. Bei gutem Allgemeinzustand sind Kranke mit nervösem Erbrechen gewöhnlich dienstfähig zu entlassen. — Bei reiner Gastritis acida ist die Kriegsverwendungsfähigkeit nicht in Frage gestellt. Ulcuskranke mit frischen Blutungen bedürfen der Lazarettbehandlung. Dauernd rezidivierende Ulzera bedingen meist Dienstunfähigkeit. An Ulcus Operierte sind gewöhnlich bei Schonungsdiät g. v. H. Liegt die Operation lange zurück und fehlen subjektive Beschwerden, so sind die Leute kriegsverwendungsfähig. Ernstere Komplikationen bedingen Dienstunfähigkeit; bei geringen Beschwerden können die Leute leichten Garnison- oder Arbeitsdienst tun. — Die einfache Gastritis chronica anacida braucht die Dienstbrauchbarkeit nicht einzuschränken. Bei Atonie und Gastrostomie bestehen bei gutem Allgemeinbefinden keine Bedenken gegen Kriegsverwendungsfähigkeit.

Zuntz (8) kommt in der interessanten Arbeit zu dem Schluß, daß die Entstehung des Ulcus ventriculi und duodeni sehr wahrscheinlich auf Spasmen zurückzuführen ist, doch können, wie die Kriegserfahrungen lehren, auch Ernährungsschäden einen großen Anteil, wenn nicht an der Entstehung der anfangs vorhandenen Erosion, so doch an der Ausbildung derselben zum Ulcus haben.

Aus einer Statistik von 386 Fällen, die im Original studiert werden muß, schließt Hofmann (9): Die paar sicheren Fälle von Karzinom post Achyliam sprechen *nicht* für die Wahrscheinlichkeit eines ätiologischen Zusammenhangs beider Krankheitszustände, der sicherlich angesichts der beträchtlichen Zahl der im karzinomfähigen Alter stehenden und durch die Achylie lokal und konstitutionell geschwächten Kranken auch während der beschränkten Beobachtungsdauer von 4—16 Jahren durch eine größere prozentuale Erkrankungsziffer hätte zum Ausdruck kommen müssen.

Singer (10) wünscht auf die *Fehlerquellen* bei der *Diagnose der Magen- und Duodenalgeschwüre* hinzuweisen. Schon die Anamnese sei geeignet irrezuführen, da z. B. echter Hungerschmerz auch bei der Cholelithiasis vorkomme. Auch Friedrich Kraus habe schon darauf hingewiesen, daß auch bei genauer radiologischer Untersuchung das Auseinanderhalten der Gallenblasen- und Duodenalaffektionen mitunter unmöglich sei. Es können bei der komplizierten chronischen Gallensteinkrankheit sogar zeitweise blutige Stühle erfolgen (Nauryn). — Sehr häufig wurde bei Kriegskranken das Zusammentreffen klinischer und radiologischer Merkmale von Duodenalgeschwüren beobachtet, die schließlich nur das Manifestwerden latenter Gallenbeschwerden bedeutete. Es handelte sich fast durchweg um Kriegsteilnehmer, die eine infektiöse Erkrankung aus der Koli-Typhusgruppe durchgemacht hatten. Ebenso kann latente oder chronische Lungentuberkulose Symptome hervorrufen, die zu Verwechselung mit Magen-, bzw. Duodenalgeschwür führt. Eine interessante Krankengeschichte zeigt dies. Die Obduktion ergab tuberkulöse Bronchopneumonie beider Lungen mit chronischer fibröser Spitzentuberkulose. Magen- und Darmschleimhaut waren intakt. *Der rechte Vagus* war in dichte tuberkulöse Bronchialdrüsen eingebettet und komprimiert. Mikroskopisch zeigte er starke Atrophie mit Verdickung des Bindegewebes. Aus diesen und anderen Beobachtungen schließt S., daß klinisch und radiologisch ausgeprägte Ulcussymptome am Magen (auch Blutungen) bei vollkommen intaktem Magen-Duodenaltrakt durch eine Art von Spasmophilie, durch Reizung des Vagussystems, hervorgerufen sein und die klinische Spitzmarke eine latente und larvierte Lungentuberkulose darstellen können. Die Arbeit schließt mit den Worten: Wo die Grenze für die Erkennungsarbeiten der Radiologie derzeit noch besteht, muß sie die Entscheidung an die Klinik verweisen, d. h. an die Stelle, wo die innige und allseitige *Beobachtung* der Kranken der oberste Grundsatz ist. Denn die Klinik zieht das Resümee aus allen Befunden und Untersuchungsmethoden, sie entscheidet nicht bloß nach festen Ergebnissen, ihre Urteile sind auch getragen von der Summe an Tradition und Einzelerfahrung, welche die ärztliche Tätigkeit über das Niveau der automatischen Arbeit hinaus zur ärztlichen Kunst erhebt.

Aus den Ergebnissen der umfangreichen Arbeit Kellings (11) kann — unter dem Einfluß der Kriegsverhältnisse — nur kurz das Wichtigste wiedergegeben werden. K. fand *beim gewöhnlichen Ulcus ventriculi die Zahl der subaziden Fälle sehr gering* — 2%, wenn keine Komplikationen vorliegen. Bei hartnäckigen Ulcera, die zur Operation kommen, beträgt die Zahl bei Männern 11%, bei Frauen 20%. Bei kallösen Pylorusgeschwüren findet sich Subazidität in 12% der Fälle, bei Fundusgeschwüren in 20%. Bei Pylorusstenosen liegt die Ursache häufig in relativer Insuffizienz der Drüsen, bei Fundusgeschwüren mehr in einer Infektion des Ulcus durch Bakterien, die zu Gastritis führt. Asthenische Konstitution begünstigt die Subazidität. Die Salzsäure verschwindet früher bei karzinomatösem Ulcus. — Je mehr die Ursachen, die Subazidität bedingen, ausgeschieden werden können, desto mehr steigt die Wahrscheinlichkeit für Karzinom; Wiederansteigen der HCl spricht dagegen.

Alexander (12) beobachtete in gewissen Fällen von Magenptosis folgendes: Wenn man hinter den Patienten tritt und mit den Fingern der linken Hand in die Magengrube direkt unter der Processus xiphoideus eindrückt, so erscheint ein starker Schmerz, der augenblicklich verschwindet, wenn man mit der rechten Hand den Magen hebt. A. nimmt an, daß in solchen Fällen der Plexus gastricus durch Herabsinken des Magens dem Druck der Finger erreichbar ist. Das stimmt auch mit dem Röntgenbefund solcher Fälle überein.

Die Arbeit von Schütz (13) gibt eine Übersicht über eine umfangreiche Literatur, aus der hervorgeht, daß der Krieg eine wesentliche Zunahme fast aller funktionellen und organischen Verdauungskrankheiten — vielleicht mit Ausnahme des Magenkarzinoms und der Appendizitis — zur Folge hatte.

Heinsheimer (14) berichtet über 360 Fälle aus dem Jahre 1917, Soldaten, die wegen Magen- und Darmbeschwerden zur Beobachtung überwiesen waren. Es ergaben sich erhebliche Abweichungen gegen ein ähnliches Material des Jahres 1915. Die hyperaziden Befunde hatten erheblich zugenommen. Die Kriegskost scheint bei zunehmender Dauer des Krieges auf den Magenchemismus mehr im Sinne der Reizung, als im Sinne der Abschwächung der Drüsensekretion zu wirken.

Schwarz (15) zeigt, wie im Lichte der Röntgenuntersuchungen gewisse mechanische Bedingungen der Ulcusgenese deutlich hervortreten, und nennt diese Einflüsse dysiatische (von δυς und ἰατός = heilbar). Von den Geschwüren sitzen 70% an der Magenhinterwand, 16 in der Portio pylorica, nur wenige an anderen Stellen des Magens. Im Röntgenbilde zeigt sich, daß die kleine Kurvatur und die Hinterwand des Magens sich konvex den aus der Speiseröhre herabstürzenden Ingesten entgegenwölben, sie bilden *die Straße*, wo die neugenommenen Massen immer wieder eintreffen und weitergeschoben werden. Dazu komme, daß die kleine Kurvatur eine nur geringe Dehnbarkeit besitzt. Orthodiagramme des Magens bei schwacher und stärkerer Anfüllung zeigen, daß die Erweiterung des Magens ausschließlich auf Kosten der großen Kurvatur erfolgt; die Schleimhaut der kleinen Kurvatur ist ferner faltenarm. Die kleine Kurvatur und die Hinterwand liegen außerdem auf harten Unterlagen (Leber, Pankreas). Wesentliche Wirkungen entfaltet bei aufrechter Stellung die Taille auf den gefüllten Magen: an den sogenannten Schrägmagen und den Quermagen (Holzknecht: Stierhornform), die sich vorwiegend bei männlichen und fettreicheren Personen finden, erzeugt die Vertiefung der Taille Hebung des Organes nach oben und rechts. Das pylorische Ende und der Bulbus duodeni werden tiefer in die Aschoff'sche Leberpankreasenge hineingetrieben. Bei den vertikalgestellten elongierten Magen der Frauen imitiert der Magen die Konturen der Taille im Profil (Pseudosanduhrform). Es entsteht ein Engpaß für die genossenen Speisen und bei Bewegungen der Bauchmuskulatur kommt es zu einer ständigen mechanischen Reizung an einer bestimmten Stelle des Pars media ventriculi. Daher finden sich die „Nischen“ vorwiegend bei Frauen (E. Schütz). In der Kriegszeit haben die „Nischen“ bei den Männern jedoch zugenommen, weil auch die Männer eine Taille bekommen haben. „Aus dem Wechselverhältnis zwischen Taillendruck und der jeweils vorhandenen Magenform läßt sich der Sitz des Ulcus geradezu ableiten. Die Quer- und Schrägmagen sind die Träger des Pyloroduodenalgeschwürs (Leber-Gallenblasen-Pankreasenge), die elongierten Hakenmagen die des Pars media-Geschwürs (Taillen-Pankreasenge. Bei jenen Formen von elongierten Hakenmagen, die keine oder nur geringe Pyloro-Duodenalptose aufweisen, kann aber nebstbei noch das Duodenum und der Pyolrusteil in die oben geschilderte Wirkungssphäre des Taillendrucks kommen“: gelegentliche Kombinationen von Pars media-Geschwür mit Pylorus- resp. Duodenalgeschwür; symmetrische Geschwüre an der kleinen Kurvatur usw.

Finsterer (16) schreibt der Wahl der Anästhesie bei großen Bruchoperationen eine wesentliche Bedeutung zu. Die *Lokalanästhesie* vermöge nicht nur die Prognose der großen Laparatomien überhaupt bedeutend zu verbessern, sondern ermögliche besonders vorgeschrittene Fälle von großen Blutungen, die bisher bei tiefer Allgemein-Narkose für aussichtslos galten, noch mit Erfolg zu operieren. Bei einer Blutung aus einem penetrierenden Ulcus des Magens oder Duodenums sei bereits bei der ersten Blutung sofort zu operieren, aber auch noch bei schon vorgeschrittener Anämie. In diesem Zustande sei eine absolute Indikation für die Operation gegeben. Bei akuten Blutungen ohne vorausgegangene Magenbeschwerden sei, wenn die interne Therapie nicht bald erfolgreich ist, durch die Laparotomie zu entscheiden, ob trotz negativer Anamnese die Blutung nicht doch aus einem penetrierenden Ulcus stammt. Ein vorhandenes flaches Geschwür mit Pylorospasmus erheischt Ermittelung des Sitzes des Geschwürs mittels der Gastroskopie, oder, wenn diese unmöglich ist zur Verbesserung der Entleerung des Magens eine breite, schräg von der kleinen zur großen Kurvatur verlaufende Gastroenterostomie auszuführen. — Akute Blutung bei sonst gesundem Magen ist durch Erhöhung der Gerinnungsfähigkeit des Blutes zu bekämpfen. Blutung bei ins Pankreas penetrierendem Geschwür ist nur durch Resektion stillbar; ebenso Blutung bei ins kleine Netz penetrierenden Geschwüren. Bei Ulcus duodeni ist Gastroenterostomie und Tamponade des Duodenums von sicherer Wirkung, doch bringt Resektion des Duodenum sicheren Dauererfolg. Zur Ausführung der Operationen gehört, ebenso wie zur Indikationsstellung, besondere Erfahrung in der Bauchchirurgie.

Um der vollständigen Ausschaltung des Magens möglichst nahe zu kommen, führte Philipowicz (17) die *breite* Gastroenterostomie aus, besonderes Gewicht auf die *Breite* der Anastomose legend, — 10 cm Durchmesser. Die Speisen gelangen ohne besondere Peristaltik des durch Atropin ruhiggestellten Magens in den Darm; es wird der Eintritt beträchtlicher Mengen alkalischen Darminhaltes in den Magen gewährleistet; bei den Schrumpfung der Anastomose kann keine erhebliche Verengerung entstehen. Dadurch wird auch die Entstehung eines Ulcus pepticum verhindert. Nach der Operation konstante interne Therapie mit Liegekur. Für den Gang der Behandlung stellt Ph. folgendes Schema auf:

Vor der Operation: Atropin 3 mal tägl. 0,001; Gelatin. sterilis. Merck. subkutan 1 Injektion; Koagulen 20 cm³ der 10% Lösung intravenös. Milchdiät, Bettruhe, Aqua calcis; eventuell Digalen, eventuell Anästhesien.

Operation: Breite Gastroenterostomia retrocolica posteriori 2 Schichten, eventuell Überdeckung des Geschwürs, womöglich Lokalanästhesie.

4 Tage nach der Operation: Atropin-Injektionen 3 mal tägl. 0,001. Nährklysmen, eventuell Koagulen intravenös.

Dann 1 Monat nach der Operation: Bettruhe, Milch, Milchspeise mit Wismut, Eier, Tee, Zwieback, Gelatine per os Atropin 3 mal tägl. 0,001, Aqua calcis öfters am Tag, schluckweise, besonders zu den Mahlzeiten, eventuell Anästhesie.

Bei profuser Blutung Wiederholung der Koagulen-Injektionen 20—40 cm³ 10%ige Kochsalzlösung intravenös, 0,5 Liter physiologische Kochsalzlösung mit Adrenalin- und Digalenzusatz subkutan oder intravenös, eventuell Seruminjektion, Bluttransfusion (Wien. klin. Woch. 38. 1916). Folgen weitere Vorschriften.

Acht während des Krieges wegen Geschwür ausgeführte Gastroenterostomien wurden geheilt (3 Krankengeschichten).

Angeregt durch den Artikel von Finsterer sagt Zweig (18) zu derselben Frage: Die Therapie der Wahl bei den blutenden Magengeschwüren soll stets die interne Behandlung mit wenigstens 6—8tägiger völliger Nahrungskarenz bilden. — Bei allerschwersten akuten Blutungen, in welchen am zweiten, resp. dritten Tage durch auffallende Pulsbeschleunigung (120—140) die Zeichen der Fortdauer der Blutung bestehen, ist sofort zu operieren, wobei in erster Linie die Resektion des Geschwüres anzustreben ist. Die Vornahme einer Operation bei blutendem Magengeschwür ist nur dann anzuraten, wenn die äußeren

Verhältnisse es erlauben, die Operation von einem in der Magenchirurgie versierten Operateur ausführen zu lassen.

Auf Grund eigener Erfahrungen sagt Isélin 19): Pyolrusferne kallöse Ulcera sind, wenn sie starke Beschwerden machen, durch *Resektion des Magens* zu entfernen. Mit dem Ulcus fällt dann zugleich eine wichtige Quelle der Magenkarzinomentwicklung weg, und es wird auch kein Karzinom als Ulcus zurückgelassen.

Winiwarten (20) schreibt: 46jähriger Kanonier, der schon lange an Magenbeschwerden gelitten hatte, erkrankte an heftigen Bauchschmerzen. Anamnese war nicht zu erlangen wegen Unkenntnis der Sprache. Schwächlicher, abgemagerter Mann von verfallenem Aussehen. Bauchmeteorismus, starke Bauchdeckenspannung, Druckempfindlichkeit. Leberdämpfung erhalten, jedoch verschmälert; Dämpfung in rechter Unterbauchgegend. Diagnose: Peritonitis aus unbekannter Ursache. Laparatomie. Peritonitische Erscheinungen in der Oberbauchgegend am stärksten. Gerade am Pylorus Infiltration der vorderen Magenwand, in deren Mitte Perforation. Nirgends Adhäsionen. Resektion des Pylorus. An der vorderen Wand des Pylorus fünfkronenstückgroßes Geschwür mit aufgeworfenen harten Rändern, in der Mitte erbsengroße Perforation. Histologischer Befund: Skirrhus mit infiltrierendem Wachstum. Guter Verlauf. — Daß es zur Perforation kam, beruhe wohl auf dem Umstand, daß in diesem Falle die Sekretion des Magens weniger geschädigt war als sonst bei Karzinom. Der Fall lehre, daß man bei Magenperforation, wo eine absolut sichere Übernähung der Öffnung nicht möglich ist, die Resektion des erkrankten Teiles vornehmen soll, als zwar den größten Eingriff, aber derjenige, der die besten Bedingungen für die momentane sowohl, als auch für die definitive Heilung schafft.

Fritzsche (21) sah einen Fall von Leiomyoma sarcomatodes des Magens, der ausführlich beschrieben wird; der Tumor bestand histologisch zum größten Teil aus einem ziemlich bindegewebsreichen Leiomyom, zum kleineren aus einem Spindelzellensarkom. Wahrscheinlich war zuerst ein einfaches Myom vorhanden, welches sekundär sarkomatös wurde. Die sarkomatöse Entartung hat schließlich zur Perforation geführt.

Froböse (22) berichtet folgenden Sektionsbefund: 19jähriger Arbeiter starb alsbald nach Aufnahme ins Krankenhaus. Bei der Sektion fanden sich große Mengen unverdauter Graupen in der Bauchhöhle. Der Magen war mächtig erweitert und zeigte einen mit der großen Kurvatur parallel verlaufenden 8 cm langen Riß. Der Magen enthielt enorme Mengen in Gärung begriffene, sauer riechende Speisen, Flüssigkeit und Gas. Es bestand stark seröse Erweichung (15 Stunden post mortem). Sonst war die Schleimhaut intakt, der Pylorus durchgängig Keine Peritonitis. Es handelte sich offenbar um akute evakuatorische Mageninsuffizienz ohne Pylorus- oder Duodenalverlegung. In einem solchen Magen könne — wie hier — unter besonderen Verhältnissen der Prozeß der Selbstverdauung schon bei Lebzeiten einsetzen, und zwar durch Störung der Blutzirkulation infolge der starken Dehnung. Die Ruptur war dadurch beschleunigt worden, daß der Wärter dem Kranken ein Glas Wasser zu trinken gegeben hatte.

Ad. Schmidt (23) schreibt: Nach 3 Richtungen haben sich unsere Kenntnisse durch den Krieg erweitert: 1. bezüglich der Kriegsseuchen, namentlich der Ruhr und des Paratyphus, in Heer und Zivilbevölkerung; 2. bezüglich des gehäuften Auftretens nichtspezifischer, infektiöser Magen- resp. Darmaffektionen in beiden Gruppen; 3. bezüglich der Zunahme chronisch dyspeptischer Verdauungsstörungen bei Kriegsteilnehmern. — Während eine Abnahme der Appendizitis nicht eingetreten ist, läßt sich infolge der Kriegskost eine solche der chronischen Obstipation beobachten; doch ist weder die spastische, noch die atonische Form ausgemerzt. Bei manchen Fällen der letzteren sah Sch. ein auffallendes Merkmal hysterischer Komplikation: eine nicht auf Gasbildung beruhende gleichmäßige Auftreibung und Spannung des Leibes, bedingt durch einen partiellen Spasmus des Zwerchfells mit lordotischer Krümmung der Lendenwirbelsäule: Tympanismus hystericus, wohl dem Tympanismus vagotonicus (Bálint, Ortner) nahe verwandt. Der Zustand kann chronische Darmstenose vortäuschen und zur Operation verleiten. Als primäres Moment der meisten Fälle von atonischer Obstirpation sei zu geringe Kotproduktion infolge von vorzüglicher Zelluloseausnützung anzusehen. — Die Bekämpfung der Ruhr wird besonders durch die Unsicherheit der bakteriologischen und serologische Diagnose erschwert, so daß die klinische ausschlaggebend bleibt, die aber auch mit Schwierigkeiten kämpft, da manche Fälle mit leichten Anfangssymptomen verlaufen, anderseits Paratyphus B und unspezifische Erreger der Ruhr sehr ähnliche Krankheitsbilder erzeugen können. Die Rektoskopie kann im Stiche lassen. Von chronischer Ruhr lassen sich 3 Formen aufstellen: Die chronisch ulzeröse, die perikolitisch-spastische und die sehr häufige dyspeptische mit Achylie verlaufende, die leicht als gastrogene Dyspepsie gedeutet wird. Die Prognose der chronischen Ruhr ist ungünstig: 40 bis 50% Mortalität. — Bei akuter, schwerer Kruseruhr mit toxischen Erscheinungen ist die Serumtherapie nicht zu verachten. Bei hochgradigem Tenesmus sind Atropineinspritzungen Abführmitteln weit vorzuziehen; Adrenalin nützt manchmal gegen starke Schleimproduktion. Bolus und Tierkohle können in genügender Dosis nur in leichteren Fällen gegeben werden. Dermatol- und Dermatoljodoformaufschwemmungen eventuell mit Opium eignen sich zum Dauereinlauf. Bei chronischen Fällen von Ruhr mit Lokalisation in oberen Darmabschnitten solle häufiger die Appendikostomie mit nachfolgenden Durchspülungen angewandt werden. — Für den Paratyphus-B-Bazillus bilden anazide Magensäfte einen günstigen Nährboden. Die Therapie des Paratyphus B ist vorläufig noch eine rein symptomatische. — Die nichtspezifischen, aber doch höchst wahrscheinlich infektiösen Darmstörungen sind wohl auf Verunreinigung der jetzt leider nicht immer einwandfreien Nahrungsmittel zurückzuführen; man werde immer an Paratyphusinfekte erinnert, spezifische Erreger wurden nicht gefunden, mit Botulismus haben diese Fälle nichts zu tun. Therapie: Opiate, Bolus usw. — Die Kriegsdyspeptiker seien meist Achyliker; wohl infolge der sekretionshemmenden Einwirkung großer Anstrengungen (Cohnheim). Behandlung der Darmdyspepsie: Diätotherapie, Salzsäure, Pankreaspräparate, Magenspülungen mit dünnen Salizylwasserlösungen (Ad. Schmidt), adsorbierende Präparate.

Stepp (24) nimmt an, daß die Kriegskost bei vielen Menschen Magenstörungen hervorgerufen habe. Während des Krieges erhöhte sich die Zahl der Magenkranken erheblich; häufiger als früher wurde besonders über Darmbeschwerden geklagt; sie waren wechselnd, bald ähnlich, wie bei spastischer Obstipation, bald war der Stuhl weich, ungeformt, oft lange Zeit nicht normal. Mehrmals handelte es sich um in der Ernährung reduzierte Menschen von nervösem Aussehen. Der Leib war manchmal etwas aufgetrieben, es war leicht Gurren auszulösen; oft fühlte sich das Colon descendens wie ein kontrahierter Strang an. Schmerzhaftigkeit bei der Palpation bestand nur bei stärkerem Reizzustand des Dickdarmes, meist als

Druckempfindlichkeit des Colon descendens oder des ganzen Kolon. Der Stuhl zeigte keine Besonderheiten, namentlich keine Zeichen unzureichender Verdauung. Bisweilen bestand große Reizbarkeit gegen Wassereinläufe. Es bestanden Beziehungen zwischen Magen und Darm, die sich in starkem Sodbrennen, Hyperazidität des Magensaftes aussprachen, Zeichen der Vagotonie, deren Vorhandensein auch durch andere Erscheinungen bestätigt wurde. Zuweilen erschien auch der Sympathikus-Tonus erhöht. Die Röntgenuntersuchung gab weitere Aufklärung: starke Haustrenbildung bei Durchgang der Bariummassen, langdauerndes Hin- und Hergehen der Skybala im Colon transversum. Diese Neigung zu Spasmen fehlte tagelang völlig. Einmal zeigte die Röntgenphotographie ein völlig kontrahiertes Colon descendens. Der stundenlang dauernde Zustand machte lebhafte Beschwerden, wich aber sofort auf Injektion von 1 mg Atropin. Der Mastdarm erschien im Rektoskop nur leicht gereizt. Die Atropinwirkung bestätigte den Verdacht auf Vagotonie (Atropinschwefelsäureester). Es wurde außerdem Bettruhe verordnet, warme Aufschläge auf den Leib, blande Diät, nüchtern ein Weinglas bis 1/4 Liter Karlsbader Mühlbrunn oder Mergentheimer Karlsquelle, Einschränkung zu anstrengender Tätigkeit.

Stepp (25) zeigt die diagnostische Verwertbarkeit der Duodenalsonde bei gleichzeitiger Verwendung von Peptoninjektionen: kommt auf Einspritzung von Wittepepton ins Duodenum tiefdunkle Galle, die sich als ein Gemenge von Leber- und Blasengalle erweist, fehlen in ihr größere Mengen von Leukozyten, so sei eine funktionstüchtige Gallenblase anzunehmen und ein Verschluß des Ductus cysticus mit Sicherheit auszuschließen. Umgekehrt deutet das Ausbleiben einer Veränderung in der Beschaffenheit der Galle auf krankhafte Prozesse an der Gallenblase bzw. dem Ductus cysticus hin.

Lenz (26) berichtet über Erfahrungen, die er mit protrahierter Darreichung kleiner Dosen von Tierkohle bei Kranken mit bakteriellen Zersetzungen im Darmkanal erzielte. Die günstigen Ergebnisse sind besonders auf die *Dauer*wirkung der Tierkohle zu beziehen. Keinem Stoffe sei ein gleiches Adsorptionsvermögen eigen; daneben seien ihre katalytische Eigenschaften von Wichtigkeit (Entgiftung). Da die Tierkohle auf die Absonderung und Wirkungskraft der Verdauungssekrete herabsetzenden Einfluß ausübt, soll sie nur in einem Mindestquantum und möglichst entfernt von den Mahlzeiten gegeben werden: Jeden Abend unmittelbar vor dem Zubettegehen 1—3 gehäufte Teelöffel (5—10 g) suspendiert und möglichst gut aufgerührt in warmem Wasser oder Kamillentee. Diese Behandlung soll täglich so lange angewandt werden, als erhebliche Zersetzungs- und Irritationserscheinungen örtlicher oder resorptiver Art anhalten, bzw. bis die Toleranz einer mehr reizenden Übergangskost sich der Norm nähert, und noch einige Wochen länger. Dann soll allmählich das Mittel weggelassen werden. Die Behandlung ist nach Bedarf zu wiederholen, bzw. intervallweise anzuwenden. — Es ist auf Erscheinungen von Inaktivierung der Verdauungsfermente zu achten, auf etwa sich einstellende Hypochylie des Magens, partiellen Nährstoffmangel (Avitaminose).

Grube (27) sah mehrere Fälle folgenden Befundes: Schlechtes Aussehen der Kranken, leicht ikterisch. Aufgetriebener Leib, in der Gegend der Gallenblase Druckschmerz, ebenso am Zökum und aufsteigenden Dickdarm. Zökum erweitert, mit flüssigem Inhalt. In 3 von 5 Fällen dem Wurmfortsatz entsprechende Resistenz. Die in allen 5 Fällen aufgetretene Kolik mit nachfolgender Gelbsucht war aber nicht auf Gallensteine zurückzuführen, sondern sei Folge einer vom Darm auf die Gallenblase übergegangenen Entzündung des Chelodochus gewesen. G. sah zahlreiche Fälle von chronischer Appendizitis als Teilerscheinung einer infektiösen Erkrankung des Dickdarmes und mit Beteiligung der Gallenblase bei Feldzugsteilnehmern. — Die Behandlung war langwierig und nicht sehr befriedigend wegen der Ernährungsschwierigkeiten.

Die der Arbeit Schlesingers (28) beigegebenen Röntgenbilder zeigen, daß die divertikulöse Zökumstase in dem Zurückbleiben eines Darminhaltrestes besteht, während die übrige Kotmasse an diesem Reste ungehindert vorbeipassiert. Die Restmenge wird auch durch Laxantien nicht in Bewegung gesetzt. Bedingt ist die divertikuläre Ausbuchtung des Zökum gewöhnlich durch peritonitische Verwachsungen. Die Behandlung hat in einer Beseitigung dieser Verwachsungen und Verhütung der Wiederbildung des Rezessus zu bestehen. Bei kurzfristigen Retentionen — etwa 2—3 Tage isolierter Rest — kann eine interne Therapie Heilung, objektiv wesentliche Besserung der Stauung herbeiführen.

Steber (29) schreibt: Eine Kranke, der vor 2½ Jahren wegen eines Magenleidens eine hintere Gastrojejunostomie angelegt worden war, erkrankte an starkem Erbrechen mit Magenschmerzen. Bei Eröffnung der vorderen Magenwand zeigte sich entlang der großen Kurvatur kardiawärts verlaufend das schwarze wurstartig eingestülpte, 30 cm lange, abführende Jejunumstück. Bestehende Gravidität hatte die Entstehung des Zustandes begünstigt.

Seit 3 Jahren an häufigen Attacken von Leibschmerzen leidender 19jähriger Mann wird Benecke (30) zur Operation eingeliefert. Patient macht schwerkranken Eindruck. Die Operation sollte eben vorgenommen werden, als Patient einen schleimigen aashaftriechenden Stuhl entleerte mit einem dicken Konvolut von 4—5 Spulwürmern. Von der Operation wurde abgesehen. Patient genas. An den Fall knüpft B. eine längere Ausführung über die Wirkung der Askariden im menschlichen Körper. Der Fall lehre, daß lokale, wie allgemeine Darmentzündungen durch Askariden verursacht sein können. Ein aromatisch widerlicher Geruch der Stühle lasse an diese Ätiologie denken: festgestellt werde sie durch Auffinden der Askarideneier.

Nigst (31) beschreibt einen Fall von Dickdarmlipom, der unter Ileuserscheinungen zur Behandlung kam und operativ behandelt wurde. Der Erfolg war gut. Der Schilderung des Verlaufes fügt N. ausführliche Mitteilungen aus der Literatur über den Gegenstand hinzu.

Strauß (32) führt aus: Wenn auch bei Mastdarmblutungen immer zunächst an Rektumkarzinom zu denken sei, so sei die Zahl der benignen Blutungen doch keine geringe. — Auf lediglich lokal-entzündlicher Grundlage beruhen die häufig vorkommenden hämorrhagischen Entzündungen und durch diese bedingte Blutungen aus dem Rektum (akute, chronische Dysenterie, primäre chronische hämorrhagische Proktitis). Sie bevorzugen die distalen Partien der Ampulle und die Pars sphincterica. Auch bei Proctitis atrophicans treten oft Blutungen auf. Die hämorrhagische Proktitis findet sich bei allen Altersklassen und ist fast immer mit chronischer Obstipation verbunden und wohl als durch sie bedingt zu betrachten; es werden kleine, aber auch Massenblutungen beobachtet; letztere können zu starker Anämie führen und Karzinomverdacht erwecken. Die Differentialdiagnose ist auf endoskopischem Wege leicht zu stellen, doch muß die Untersuchung auch die oberen Partien des Rektums einschließen. — Die meisten Hämorrhoidalblutungen sind nicht durch Platzen von Knoten, sondern durch hämorrhagische

Entzündung des Schleimhautüberzuges solcher bedingt, besonders bei sogenannten inneren und hochsitzenden intraampullären Hämorrhoiden: hellrote Beschaffenheit des Blutes und starkes Spritzen desselben. Auch die Hämorrhoidalbeschwerden sind ganz allgemein weniger durch die Hämorrhoiden, als durch die Entzündungsprozesse ihres Schleimhautüberzuges bedingt. Beseitigung der Schleimhautläsionen führt trotz Weiterbestehens der Knoten zu Verschwinden subjektiver Beschwerden. — *Polypen* kommen nicht ganz selten auch bei Erwachsenen vor; oft haben sie ihre Entwicklung in der Jugend begonnen — solitäre und Massenpolypen. Letztere zeigen oft ein Krankheitsbild ähnlich dem der Colitis gravis bzw. haemorrhagico-purulenta, da sie stets von intensiver Schleimhautentzündung begleitet sind. Erst eine Probeexzision kann die Unterscheidung von Karzinom ermöglichen. Es können gutartige Polypen neben Karzinom vorkommen, auch haben die gutartigen Solitärpolypen eine Tendenz zur Degeneration. Die Randpartie von Karzinomen kann polypös aussehen. — Mastdarmblutungen können auch nach hochgradiger Blutdrucksteigerung auftreten: hypertonische Blutungen. Abnorm harte Kotmassen können Blutungen bewirken. Einmal sah St. eine Blutung, die als vikariierende Menstrualblutung gedeutet werden mußte. — Die Therapie, die ausführlich behandelt ist, muß im Original nachgelesen werden.

Auf Grund von 3544 Einzeluntersuchungen, die an 368 Kranken der Verdauungsorgane angestellt wurden, zeigt Baumstark (33), daß der okkulten Blutung ein ausschlaggebender diagnostischer Wert *nicht* zukomme. 95% aller obigen Fälle, der entzündlich-katarhalischen und der nervösen so gut als der ulzerösen zeigen mindestens eine positive Probe für okkulte Blutung und nur in 6% der Fälle fiel die Reaktion stets negativ aus. Sogar die ununterbrochene positive Blutuntersuchungsserie ist gleich häufig bei Ulcus, Lebererkrankungen, Achylie, Gastritis, Darmkatarrh. Es stehe auch noch nicht fest, ob alle positiven Benzidinreaktionen gleichbedeutend mit Blutnachweis sind, denn die Benzidinprobe wie die anderen katalytischen Proben seien ja nicht für Blut spezifisch.

Hinweisend auf die Folgen, die falsche Diagnosen enteraler Blutungen haben können, geben Kuttner und Gutmann (34) eine kritische Übersicht über die verschiedenen üblichen Methoden der Untersuchungen auf okkulte Blutungen. Die Wagnersche Benzidinprobe sei nicht zu empfehlen, weil sie nach Genuß der meisten Früchte (selbst in gekochtem Zustande) positive Benzidinreaktion gebe. — Von den Extraktionsmethoden verdiene die mit Eisessigäther den Vorzug, da dieser weniger fremde N-haltige organische Bestandteile aus dem Kot aufnimmt, als Alkohol und Alkoholchloralhydrat; fermentreiche Körper, wie Weizengrieß, seien für Alkoholextraktion besonders gefährlich. Um Täuschungen durch Kotfarbstoffe zu vermeiden, solle man den Kot mit Azeton auswaschen, bzw. den Kranken so ernähren, daß er möglichst helle Stühle produziert. Zuverlässigere Resultate als die Phenolphthaleïnreaktion gebe das Verfahren nach Schumm; nur gelinge es häufig nicht, die wässrige und ätherische Schicht scharf voneinander zu trennen. Hierfür wird empfohlen, den gewonnenen Eisessigäther bei der ersten Waschung mit dem gleichen Volumen einer 7proz. Kochsalzlösung vermischt in einem Scheidetrichter durchzuschütteln. Die spektroskopische Probe nach Snapper sei bei Anwendung eines genauen Spektroskops und Erfahrung im Spektroskopieren eine wertvolle Kontrollprobe, aber nicht so scharf als die Kochsalz-ätherprobe.

Loewenthal (35) empfiehlt das Kombelen, welches zwei nach ihrem Wirkungsmechanismus völlig verschiedene Antidiarrhoika enthält, das *Resaldol*, dem Kotoin verwandt, eine Mittelstellung zwischen Atropin und Opium einnehmend, und das Etelen, dem Tannigen am nächsten stehend, aber wesentlich stärker wirkend. Bei Gastroenteritiden, die akut einsetzen, sah L. vorzüglichen Erfolg, ebenso bei Gärungsdyspepsien (3mal täglich 1,0 an 2—3 Tagen hintereinander). Das Mittel wird gut vertragen und hat keinerlei ungünstige Nebenwirkungen.

B. Auszüge.

I. Anatomie und Physiologie.

302. **Über die Arterien der Tonsille;** von Robert Lund. (Arch. f. Laryngol. u. Rhinol. Bd. 31. S. 1.)

L. untersuchte die in praktischer Hinsicht wichtige Frage, welche *Arterien* es sind, die die *Tonsille mit Blut* versorgen und auf deren Verletzung die unangenehmen arteriellen Nachblutungen bei der Tonsillotomie zurückzuführen sind. Zunächst läßt sich feststellen, daß alle stärkeren Arterienzweige, besonders der Stamm der Arteria palatina ascendens, jenseits der die Tonsille umgebenden Muskulatur der Gaumenbögen gelegen sind.

Auf Grund der Untersuchung von 20 Präparaten konnte L. folgende Typen für die arterielle Versorgung der Tonsille aufstellen:

1. Der Ramus tonsillaris entsprang in 12 Fällen auf beiden Seiten und in einem Falle auf der rechten Seite aus der Arteria palatina ascendens, die ihrerseits wieder ein Ast der Arteria maxillaris externa war.
2. Der Ramus tonsillaris entsprang in 4 Fällen beiderseits aus der Arteria palatina ascendens, die in diesen Fällen aber von der Arteria carotis externa direkt stammte.
3. Der Ramus tonsillaris entsprang beiderseits in 2 Fällen aus der Arteria pharyngea ascendens, die ein Ast der Arteria carotis externa war.

Es geschah also in der weit überwiegenden Mehrzahl der Fälle die *arterielle Versorgung der Tonsille* durch einen Ramus tonsillaris der *Arteria palatina ascendens*, und diese entstammte in der Mehrzahl der Fälle von der Arteria carotis externa.

Sobotta (Königsberg).

303. **Untersuchungen über den inneren Bau der großen Nervenstämme;** von O. Heinemann. (Arch. f. klin. Chir. Bd. 109. S. 1.)

H. wendet sich in gleicher Weise wie Veit *gegen die Stoffelsche Lehre von der Topographie der peripheren Nervenstämme*, nachdem er bereits einmal im gleichen ablehnenden Sinne sich geäußert hatte. H. dehnte diesmal seine Auffaserungspräparate, die sich weiter peripheriewärts erstreckten, als bei seinen früheren Untersuchungen, auf folgende Nerven aus:

Ischiadikus, Radialis, Ulnaris, Medianus, Obturatorius. Ferner untersuchte er den Nervus medianus an Serienquerschnitten, von denen eine von zwei gleichseitigen Nerven verschiedener Individuen, eine zweite von den beiden Nerven desselben Individuums stammte.

Der *Bau des peripheren Nerven* erweist sich nach diesen Präparaten als ein *Flechtwerk*, das um so komplizierter erscheint, je dicker der Nerv ist, und je einfacher, je dünner er ist. Ferner ergeben sich sehr *erhebliche individuelle Verschiedenheiten;* bald ist die Geflechtbildung eine sehr feine und verwickelte, bald ist sie grob und einfach. Derselbe Nerv kann in den einem Falle Längsfaserung zeigen, in dem anderen ein reines Flechtwerk sein. Die Regellosigkeit der Faserung ist eine so große, daß zwei aufgefaserte gleichnamige Nerven niemals gleiche Bilder ergeben. Es gibt also keinen individuellen Nervenbau. Nicht einmal im Ischiadikusstamm ist das Geflecht des Tibialis von dem des Peronaeus streng zu scheiden.

Niemals konnte H. in einem Auffaserungspräparat ein Faserbündel finden, das ganz isoliert ohne Verbindung mit anderen Bündeln von der Peripherie zum Zentralorgan verlief; nicht einmal ein relativ selbständiges Bündel war nachweisbar, d. h. ein solches, das zwar seitliche Abzweigungen besitzt, aber doch der Hauptmasse nach ungeteilt durch den Nervenstamm hindurchläuft. Faserbündel bestimmter Funktion können daher auch unmöglich gleiche Lagerung im Nervenstamm einnehmen.

Dagegen läßt sich am unteren Ende mancher Nervenstämme ein regelrechtes Verhalten nachweisen, das aber nicht durch den inneren Bau des Nerven verursacht wird, sondern die an dieser Stelle abgehenden, teilweise recht zahlreichen Nervenäste. Diese besitzen nämlich die Eigentümlichkeit, daß sie sich eine Strecke weit innerhalb der Nervenscheide verfolgen lassen, bevor sie in das allgemeine Nervengeflecht übergehen. Die Länge dieser Strecke beträgt meist weniger als eine Fingerlänge, ausnahmsweise bis zu 25 cm. Manche Nervenstämme lassen aber selbst dieses Verhalten am unteren Ende ganz vermissen. Sobotta (Königsberg).

304. **Über das „Os acromiale";** von W. Neumann. (Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. 1918. Nr. 25. S. 180.)

Der bisher im allgemeinen „Os acromiale" benannte Knochen stellt eine Folge von Entwicklungshemmung dar. Er ist in seinem Wesen nicht verschieden von dem bisher als „Os acromiale accessorium seu secundarium" bezeichneten anormalen Gebilde. Beide Knöchelchen sind als nicht untereinander oder mit der Akromiondiaphyse knöchern verschmolzene Verknöcherungszentren der Akromionepiphyse anzusprechen. Es können an einer Schulter so viele Ossa acromialia gefunden werden, als Knochenkerne in der knorpligen Akromionepiphyse auftreten. Der Name Akromionspinalgelenk wird demnach zweckmäßig ersetzt durch die allgemeine Bezeichnung Intraakromialgelenk. Kautz (Hamburg).

305. **Die Beugemuskeln der Hinterextremität von Emys blandingi;** von Mary C. Axt. (Morphol. Jahrb. Bd. 50. S. 351.)

Axt liefert in ihren Untersuchungen über die *Beugemuskeln* der *hinteren Extremität* der Landschildkröte einen interessanten Beitrag zur Phylogenie dieser Muskeln. Die Muskulatur der hinteren Extremität der Landschildkröte ist nämlich einerseits der der Amphibien nahe verwandt, anderseits erscheint sie auch in hohem Grade der der höheren Vertebraten ähnlich.

Die von A. angestellten Untersuchungen ergaben nun den klaren Ausdruck der Spaltung der Muskelmasse der Flexoren in lange und kurze Beuger, ferner den Ausgangspunkt für die Differenzierung der kurzen Beuger in oberflächliche und tiefe Köpfe. Ferner ließen sich die Anfänge perforierter Sehnen nachweisen und die Unabhängigkeit des Flexor tibialis vom Flexor peronaeus. Der Plantaris erschien noch in der tiefen Muskelgruppe als ein Teil des Flexor digitorum longus, während sich der Gastrocnemius noch in einem sehr primitiven Zustande befand.

Damit erscheint die Landschildkröte Emys blandingi geeignet, als *Ausgangspunkt* für die *vergleichende Myologie der höheren Wirbeltiere* zu gelten und als *Mittelglied* zwischen *Amphibien* einerseits und *Säugetieren* anderseits. Sobotta (Königsberg).

306. **Über die normalen Bauchreflexe und ihre medulläre Lokalisation;** von G. Söderbergh. (Nord. Med. Ark. B. L. II. Abt. H. 3. S. 187.)

Der obere Bauchreflex gehört der 6.—9., der mittlere der 8.—10., der untere der 9.—12. Dorsalwurzel an. Am Bauche des Menschen sind die Dermatome ungefähr 2—3 Segmente kaudalwärts gegen die Myomeren verschoben.

Fischer-Defoy (Frankfurt).

307. **Über die Auslösbarkeit reflektorischer Muskelkontraktionen durch passive Beugung der Beugegrundgelenke;** von S. von Schuhmacher. (Wien. klin. Woch. Nr. 32. S. 896.)

Vortrag im Anschluß an Vorführungen. v. S. bezieht die reflektorischen Muskelkontraktionen hauptsächlich darauf, daß der Reflex durch die Spannung der Seitenbänder ausgelöst wird. Nähere Angaben sind nur aus der Originalarbeit zu entnehmen.

Cordes (Berlin).

308. **Vergleich der gemessenen und berechneten Kräfte des Blutstromes;** von K. Hürthle. (D. med. Woch. 1918. Nr. 35. S. 957.)

Ob die Arbeit des Herzens allein zur Unterhaltung des Kreislaufes ausreichend oder eine aktive Mitwirkung der Arterien daran beteiligt sei, kann erst entschieden werden, wenn die weitere Frage beantwortet ist, ob unsere heutigen theoretischen Kenntnisse über die Strömung von Flüssigkeiten in einem Röhrensystem ausreichend sind zur Berechnung der Kraft, die zur Erhaltung der Strömung erforderlich ist. Ist letzteres der Fall, so lassen sich berechnete Kraft und experimentell bestimmte — durch die Höhe des arteriellen Blutdruckes gegebene — vergleichen. H. konnte eine gute Übereinstimmung beider Werte nachweisen und schließt daraus: „daß die Drosselung des Blutstromes im präkapillaren Gebiet der Körperbahn, die durch den Tonus der Gefäße unterhalten wird, eine unumgänglich notwendige Einrichtung zur Regulierung des Blutstromes und nicht eine Kraftverschwendung darstellt."

Kadner (Dresden-Loschwitz).

309. **Über das Vorkommen und die Bedeutung doppelbrechender Substanzen im Harn;** von Margarete Genck. (D. Arch. f. klin. Med. Bd. 125. H. 4—6. S. 333.)

Im akuten wie im chronischen Stadium von Nierenerkrankungen sind Lipoide auffindbar; aber das Auftreten ist durchaus unregelmäßig. Bei positivem Wassermann mit bestehender Nephrose kann bei Lipoidnachweis sowohl eine luetische wie eine Quecksilber-Salvarsanschädigung vorliegen. Tierversuche beweisen, daß der Lipoidnachweis im Harn auch im akuten Stadium einer Nierenerkrankung gelingt. Die Lipoide des Harns sind nicht Degenerationsprodukte der Nierenzellen, sondern Bestandteile des Blutes, die durch die geschädigten Nieren ausgeschwemmt werden. Geppert (Hamburg).

II. Mikrobiologie und Serologie.

310. **Fütterungsversuche mit Ruhr- und Typhusbazillen bei Hunden und kleinen Versuchstieren;** von K. W. Joetten. (Arb. a. d. Kais. Ges. Bd. 51. S. 200. 1918.)

Hunde können nach einfacher Fütterung mit Kruse-Shiga-Bazillen diese, ohne Krankheitserscheinungen zu zeigen, lange Zeit im Darme beherbergen und mit den Faeces ausscheiden. Bei Meerschweinchen, Kaninchen und Hühnern wurde eine solche länger dauernde Ausscheidung der betreffenden Bakterien nicht beobachtet. Mit Ruhrbazillen gefütterte Ratten zeigen im Anschluß an die Fütterung deutliche Krankheitserscheinungen. Eines der gefütterten Tiere starb unter den Erscheinungen einer schweren akuten Enteritis.

Bei Fütterung von Hunden mit Typhusbazillen kam es ebenfalls ohne Krankheitserscheinungen der Tiere zu Ausscheidungen der Bakterien mit den Faeces, anscheinend aber nur über einen beschränkten Zeitraum. Versuche mit Fütterung von Typhusbazillen bei Meerschweinchen, Kaninchen und Hühnern verliefen negativ. Dagegen zeigten Ratten nach der Fütterung schwere Krankheitserscheinungen, die bei mehreren der Tiere zum Tode führten.

Im Anschluß an die orale Zufuhr von Typhus- und Ruhrbazillen ließ sich in dem Serum der gefütterten Hunde das Auftreten spezifischer Antikörper nachweisen. Die Bildung der Antistoffe erfolgte nur allmählich und langsam und hatte den jeweils höchsten Anstieg erst verhältnismäßig spät erreicht. Bei den Agglutininen machte sich schon bald wieder ein stärkerer Abfall geltend, auch bei dem mit Ruhrbazillen gefütterten Hunde, obwohl dieses Tier weiterhin noch immer Ruhrbazillen ausschied. Die bakteriotropen Antistoffe haben sich dagegen ziemlich lange auf gleicher Höhe gehalten.

Koenigsfeld (Freiburg).

311. **Über den Typhusbazillennachweis vermittelst des Bierastschen Petrolätherverfahrens und der Bolus-Methode nach Kuhn, sowie über die Verwertbarkeit dieser Verfahren für die bakteriologische Ruhrdiagnose;** von K. W. Joetten. (Arb. a. d. Kais. Ges. Bd. 51. S. 218. 1918.)

Das Bolusverfahren hat in der von Kuhn angegebenen Form bei vergleichenden Versuchen mit Typhus- und Ruhrstühlen, bei der Untersuchung der Ruhrstühle zu einer wesentlichen Verbesserung der positiven Ruhrbazillenbefunde geführt, während bei der Untersuchung der Typhusstühle die Zahl der positiven Ergebnisse nicht erheblich höher war, als sie auch mit den sonst gebräuchlichen Methoden erreicht wird. Gegenüber der Galleanreicherungsmethode war sogar ein deutliches Zurückbleiben festzustellen.

Es handelt sich bei der Bolusmethode um einen einfachen mechanischen Fällungsvorgang, dem die Ruhrbazillen als unbewegliche Bakterien mehr unterliegen als die beweglichen Typhuskeime. Daher mit Ruhrbazillen die günstigeren Befunde als mit Typhusbazillen.

An Stelle der physiologischen Kochsalzlösung empfiehlt sich, für das Bolusverfahren sterile Bouillon oder Rindergalle als Aufschwemmungsflüssigkeit zu verwenden, da auf diese Weise eine vorhergehende Bebrütung des Stuhlgemisches möglich ist, die besonders bei Verwendung von Galle zur Anreicherung der Typhuskeime benutzt werden kann. Bei diesem Vorgehen ist es bei dem Typhusnachweis gelungen, die Zahl der erfolgreichen Untersuchungen wesentlich zu erhöhen. Koenigsfeld (Freiburg).

312. **Das Blutgallekulturverfahren mit großen Blutmengen zum Nachweis von Typhus- und Paratyphusbazillen besonders bei Typhusschutzimpfungen;** von R. Hassel. (Med. Klin. 1918. S. 544.)

Wenn anstatt der bisher üblichen Blutmenge von etwa 4 cm eine größere Menge, etwa 20—25 ccm, mit Galle angereichert werden, kann man die Zahl der positiven Ausfälle um ein Mehrfaches erhöhen. Das gilt auch für Personen, die gegen Typhus schutzgeimpft wurden und bei denen mit der alten Methode nur in einem geringen Prozentsatz der Bazillennachweis im Blut möglich ist. Wie weitere Untersuchungen ergaben, sind die Bazillen in der Blutbahn ungleichmäßig verteilt. Koenigsfeld (Freiburg).

313. **Verbesserung des Typhusbazillennachweises durch ein Zentrifugierverfahren;** von Kurt Scheer. (Med. Klin. 1918. S. 758.)

Typhusbazillen werden durch scharfes Zentrifugieren weniger leicht zu Boden gerissen als die meisten anderen Darmbakterien und können auf diese Weise von den anderen getrennt werden. Als praktische Verwendungsart hat sich folgende bewährt: Die Abschwemmung der Malachitgrünplatte wird 25 Minuten lang zentrifugiert — mit 1600 Umdrehungen in der Minute — und eine Stunde stehen gelassen, dann werden zwei Ösen von der Oberfläche auf eine Endoplatte ausgebreitet. Dieses Zentrifugierverfahren ergibt 66% mehr positive Resultate als die alte Methode, die positiven Fälle werden um das Fünffache angereichert. Koenigsfeld (Freiburg).

314. **Einige neue Differentialnährböden von Bacterium paratyphi A und B;** von Bruno Kisch. (Wien. klin. Woch. 1918. S. 585.)

Fügt man zu einem stickstoffreien Traubenzuckeragar als Stickstoffquelle Ammoniakverbindungen, besonders Ammoniumsulfat, Ammoniumphosphat oder weinsaures Ammon, so gedeiht auf diesem Nährboden das Bacterium paratyphi B sehr üppig, während die anderen beiden Arten gar kein oder erst nach längerer Zeit ein sehr kümmerliches Wachstum zeigen.

Koenigsfeld (Freiburg).

315. **Ergebnisse bakteriologischer Untersuchungen bei Paratyphus A-Rekonvaleszenten;** von Béla Molnar. (Wien. klin. Woch. 1918. S. 1033.)

Bei den Untersuchungen der Paratyphus A-Rekonvaleszenten ergaben die Stuhluntersuchungen nur sel-

ten ein positives Resultat. Gute Resultate ergaben die bakteriologischen Urinuntersuchungen, die fast in jedem positiven Falle wiederholt positiv ausfielen. Durch die Urinuntersuchungen können die Dauerausscheider entdeckt werden. Der Paratyphus A wird durch Kontaktinfektion übertragen.

Koenigsfeld (Freiburg).

316. **Züchtung der Weilschen Spirochäte, der Rekurrens- und Hühnerspirochäte, sowie Kulturversuche mit der Spirochäte pallida und Trypanosomen;** von E. Ungermann. (Arb. a. d. Kais. Ges. Bd. 51. S. 114. 1918.)

Es gelang, den Erreger der Weilschen Krankheit im frischen, inaktivierten Serum verschiedener Tiere, am besten in Kaninchenserum, unter Luftabschluß durch steriles, flüssiges Paraffinöl ohne Schwierigkeit zur Vermehrung zu bringen und bei stetiger Zunahme der Üppigkeit der Reinkultur länger als 2 Jahre in 200 Kulturpassagen fortzupflanzen. Die Übertragung der Kultur erfolgt am besten in 5- bis 10tägigem Abstande. Das Wachstum der Keime beginnt nach 24—48 Stunden und erreicht in einer Temperatur von 37° in etwa 5—10 Tagen seinen Höhepunkt. Die Kultur wächst sehr gut auch bei 30° und bleibt bei Aufbewahrung in Zimmertemperatur längere Zeit, mitunter sogar monatelang lebensfähig und infektionstüchtig. Die Virulenz der Serumkultur für Meerschweinchen ist bedeutend, unterliegt aber beträchtlichen Schwankungen. Nach den an der Kultur erhobenen Befunden handelt es sich bei der Weilschen Spirochäte um einen durchaus monomorphen Mikroorganismus, der sich ausschließlich durch Querteilung vermehrt. Alle von der spiralig gewundenen Fadenform abweichenden Bilder sind als Degenerationsprodukte zu deuten.

In gleicher Weise wurde die Spirochaeta gallinarum gezüchtet. Diese Mikroorganismen befinden sich in der Kultur etwa vom zweiten Tage nach der Beimpfung der Kulturröhrchen an in lebhafter Teilung, die ausschließlich der Quere nach erfolgt. Neben den charakteristischen schraubenförmigen Drehbewegungen zeigte die Spirochaeta gallinareum in späteren Kulturpassagen auch ein eigentümliches Zusammenziehen und Auseinanderschnellen des Körpers.

Zwei Stämme der Rückfallfieberspirochäte, Sp. Obermeieri und Duttoni, konnten in frischem, inaktivierten Kaninchenserum, dem einige Tropfen einer Aufschwemmung frischer nicht erhitzter Blutkörperchen, am besten ebenfalls vom Kaninchen, beigemischt sein können, unter Luftabschluß zum Wachstum gebracht werden. Die Kulturspirochäten bewahren ihre spezifischen morphologischen Eigenschaften und zunächst auch ihre Tiervirulenz in vollem Umfange.

In ähnlicher Weise konnte die Syphilisspirochäte bis zu 10 Tagen und durch 5 Nährbodenpassagen im Reagenzglas am Leben erhalten werden. Die frühzeitig einsetzende Degeneration macht aber die Gewinnung einer unbegrenzt fortpflanzbaren Kultur bisher unmöglich. Die morphologischen Verhältnisse der in flüssigen Nährbodengemischen suspendierten Syphilisspirochäten stellen den Keim im ganzen der Hühner- und Rekurrensspirochäte recht nahe, jedenfalls viel näher als dem Erreger der Weilschen Krankheit.

Pathogene Trypanosomen konnten in inaktiviertem flüssigem, am besten etwas verdünntem Serum verschiedener Tierarten unter Luftabschluß einige Zeit lebendig erhalten und auch zu einer gewissen Vermehrung gebracht werden. Die Vermehrung vollzieht sich auf ungeschlechtlichem Wege durch Zweiteilung. In den Passagekulturen haben sie sich bisher nicht als vermehrungsfähig erwiesen.

Koenigsfeld (Freiburg).

317. **Beiträge zur Kenntnis der Morphologie und Entwicklung der Weilschen Spirochäte;** von Margarete Zuelzer. (Arb. a. d. Kais. Ges. Bd. 51. S. 159. 1918.)

Der Erreger der Weilschen Krankheit ist eine echte Spirochäte. Die Spirochäte ist achromatisch, es fehlen ihr Nukleoproteide. Darauf beruht einmal die Unmöglichkeit, die Spirochäte mit typischen Kernfarbstoffen zu färben, und anderseits ihr schwaches Lichtbrechungsvermögen, wodurch sie unter gewöhnlichen Bedingungen im Mikroskop nicht erkennbar ist, sondern nur im Dunkelfeld wahrgenommen werden kann.

Die Weilsche Spirochäte ist nach dem Typus der Spirochaeta plicatilis gebaut: eine Spirale umwindet einen graden Achsenfaden, welcher an seinen Enden je ein Endkorn trägt. Der Spirochätenkörper ist zylindrisch. Die Weilsche Spirochäte bildet eine besondere Spezies des Genus Spirochaeta, welche charakterisiert ist durch den Gegensatz an einem geraderen, dickeren und etwas starreren Mittelstück und den zugespitzten, umgebogenen, aktiv beweglichen Enden, welche die bei ihr besonders stark ausgebildeten Endkörner tragen.

Die Weilsche Spirochäte vermehrt sich durch Querteilung. Es wurde Zwei- und Dreiteilung beobachtet. Teilungsintensität und Längenwachstum stehen in keiner gesetzmäßigen Beziehung zueinander, sondern die Individuen der verschiedensten Längen haben die Fähigkeit, sich zu teilen.

Die Weilsche Spirochäte nimmt bezüglich ihres Auftretens im Blut und im Gewebe eine gewisse Mittelstellung zwischen der Rekurrens- und der Syphilisspirochäte ein. Sie findet sich sowohl in den parenchymatösen Organen und im Bindegewebe, wie in der Blutbahn und vermag Gefäßwandungen zu durchwandern. Sie scheint sich namentlich im Lymphgefäßsystem der infizierten Tiere aufzuhalten und sich auch hier hauptsächlich zu vermehren.

Koenigsfeld (Freiburg).

318. **Über die Leistungsfähigkeit und Grenzen der Anreicherungsmethoden für den Nachweis der Tuberkelbazillen im Auswurf;** von R. Engelmann. (D. med Woch. 1918. S. 11.)

Im Ausstrichpräparat findet man bei richtiger Technik am schnellsten und sichersten auch vereinzelte Tuberkelbazillen. Von den Anreicherungsmethoden ist die beste das von Ditthorn und Schultz angegebene Verfahren (Ausfällung mit Eisenoxydchloridlösung).

Das Ausstrichpräparat gibt nur einen gewissen Anhaltspunkt für die absolute Bazillenzahl der Tagesmenge, für diesen Zweck sind die Anreicherungsmethoden unentbehrlich; im übrigen sind sie zur Kontrolle des Ausstrichpräparates von Wichtigkeit.

Koenigsfeld (Freiburg).

319. **Zur Tuberkelbazillenfärbung;** von F. Borka. (Wien. klin Woch. 1917. S. 1552.)

Erneuter Hinweis auf eine schon früher von B. beschriebene Methode. Die erforderlichen Reagenzien sind: 1. alkohol. Kristallviolettlösung (95%iger Alkohol 100,0, Kristallviolett 3,0); 2. Ammoniumkarbonatlösung (Ammoniumkarbonat 1,0, Aq. dest. 100,0); 3. Salpetersäure 10%ig; 4. Alkohol 95%ig; 5. Vesuvinlösung (Bismarckbraun 2,0, 95%iger Alkohol 60,0, Wasser 40,0, in Wärme gelöst). Zur Färbung ver-

wendet man eine Mischung von 1 mit 2 im Verhältnis von 1:3. Diese sofort gebrauchsfertige Mischung ist einen Tag haltbar. Nach Fixieren des Sputumpräparates wird mit der Mischfarbe gefärbt und kurz aufgekocht. Das Präparat wird nun rasch nacheinander in Reagenz 3 und 4 gebracht und nach Abtrocknen 1/2 Minute mit 5 nachgefärbt. Die Tuberkelbazillen erscheinen schwarzviolett auf gelblichbraunem Grunde. Die Methode soll, auch für histologische Zwecke, mehr als die Karbolfuchsinfärbung leisten. Koenigsfeld (Freiburg).

320. **Über das Auftreten und die Beseitigung von den Diphtheriebakterien färberisch ähnlichen Sporenbildnern auf Serumnährböden**; von Heinrich Prell. (Münchn. med. Woch. 1918. S. 157.)

In Trockenserum gelangen leicht Sporen von Bazillen, die die Neißersche Doppelfärbung geben und so bei Verwendung von Nährböden, die aus Trockenserum hergestellt sind, wie etwa das Ragitserum von Merck, zu Verwechselungen mit Diphtheriebazillen Anlaß geben können. Diese verunreinigenden Bakterien werden ihrer färberischen Ähnlichkeit mit Diphtheriebazillen beraubt, wenn man die Nährböden im Dampftopf sterilisiert, am besten fraktioniert, dreimal je eine halbe Stunde mit dazwischenliegender je 2stündiger Bebrütung bei 37°.
Koenigsfeld (Freiburg).

321. **Über Darmspirochäten**; von Walter Pewny. (Wien. klin. Woch. 1918. S. 1012.)

Bei einem seit 14 Jahren an periodisch auftretender Dysenterie mit blutig-schleimigen Stühlen leidenden Manne wurden im Stuhl gramnegative Spirochäten gefunden, die im ersten Ausstrich auf Drigalski-Nährboden wuchsen, aber nicht weiter überimpft werden konnten. Koenigsfeld (Freiburg).

322. **Über Spirochäten und fusiforme Bazillen im Darm, mit einem Beitrag zur Frage der Lamblienenteritis**; von Alfred Unger. (Wien. klin. Woch. 1917. S. 1643.)

Lamblien, ebenso Spirochäten und fusiforme Bazillen, werden als normale Parasiten in wechselnder Zahl im menschlichen Darm vorgefunden. Unter gewissen nicht näher bekannten Umständen kann es zu einer abnormen Vermehrung derselben kommen, die schon an sich eine schwere Schädigung des Darmes bedeutet, den bestehenden Krankheitsprozeß im Darm zu verlängern imstande ist und der Therapie weniger zugänglich macht. Für Spirochäten und fusiforme Bazillen gilt dies vielleicht insbesondere im Anschluß an Geschwürprozesse. Bei pathologischer Vermehrung der Darmspirochäten scheint die Spirochaeta eurygyrata in erster Linie beteiligt zu sein.
Koenigsfeld (Freiburg).

323. **Über die Beziehungen der in den pseudotuberkulösen Geschwüren sive ulcus acutum vulvae sich findenden Bazillen zu den Scheidenbazillen Döderleins**; von G. Scherber. (Wien. klin. Woch. 1918. S. 1005.)

Aus dem morphologischen und kulturellen Verhalten der in pseudotuberkulösen Vulvageschwüren sich findenden Bazillen schließt Sch. die Identität mit den Döderleinschen Scheidenbazillen. Es muß dann angenommen werden, daß die im Scheidensekret besonders bei Virgines in der überwiegenden Menge der Fälle fast in Reinkultur sich findenden Scheidenbazillen unter gewissen Umständen bestimmte Veränderungen erfahren, daß sie aus dem saprophytischen in den parasitischen Zustand übergehen und dann imstande sind, pathologische Prozesse wie die pseudotuberkulösen Geschwüre zu erzeugen. Koenigsfeld (Freiburg).

324. **Eine einfache Methode zur Gewinnung von Dauerkulturen empfindlicher Bakterienarten und zur Erhaltung der Virulenz tierpathogener Keime**; von E. Ungermann. (Arb. a. d. Kais. Ges. Bd. 51. S. 180. 1918.)

Einige als kurzlebig und empfindlich bekannte Bakterienarten bleiben in sterilem Serum, das nach 1/2stündiger Erhitzung auf 60° durch Überschichtung mit sterilem Paraffinöl gegen den Luftzutritt abgeschlossen wurde, bei langdauerndem Aufenthalt in ein und demselben Substrat lebensfähig und überimpfbar. Günstige Erfahrungen mit dieser Methode wurden bei Meningokokken, die bis zu 16 Monaten entwicklungsfähig blieben, bei Gonokokken, Pneumokokken, Streptokokken und hochpathogenen Typhus- und Cholerastämmen gemacht. Die Ursache des günstigen Einflusses der angegebenen Kulturbedingungen auf Lebensdauer und Virulenz der Bakterien wird im allgemeinen auf die Analogie der Kulturverhältnisse mit den Bedingungen zurückgeführt, die der tierische Organismus den Keimen bietet.
Koenigsfeld (Freiburg).

325. **Preßhefe und Hefeextrakt zur Nährbodenbereitung**; von Franz Ickert. (D. med. Woch. 1918. S. 186.)

Außer der von Reiter beschriebenen Trockenhefe bietet die Preßhefe einen vollwertigen Ersatz für das Fleisch in der Nährbodenküche. Es werden 30—40 g Preßhefe in 1 Liter Wasser aufgeschwemmt, 1 Stunde ziehen gelassen und 2 Stunden im Dampftopf gekocht. Nach der Klärung und Filtrierung werden 0,5% Kochsalz und 1% Pepton zugesetzt. Man kann auch den Hefeextrakt der Nährmittelfabrik E. Stock in Bernstadt (Schlesien) benutzen. Dann werden 10 g Hefeextrakt in 1 Liter Wasser verrührt und 1 Stunde im Dampftopf gekocht. Nach Klärung setzt man 1% Pepton, kein Kochsalz zu.
Koenigsfeld (Freiburg).

---

326. **Über das Verhalten der Sera von an „Spanischer Krankheit“ Leidenden zur Meineckeschen Lipoidbindungsreaktion**; von Wilhelm v. Kaufmann. (Med. Klin. 1918. S. 809.)

Die Seren von Fällen mit „Spanischer Krankheit“ ergeben mit der von Meinecke zur Diagnose der Syphilis angegebenen Lipoidbindungsreaktion in einem hohen Prozentsatz einen positiven Ausfall.
Koenigsfeld (Freiburg).

327. **Meineckes Serumreaktion auf Syphilis**; von Fritz Lesser. (Münchn. med. Woch. 1918. S. 875.)

Die Meinecke-Reaktion (MR) beruht darauf, daß die Bindung zwischen Luesserum und Extrakt-Lipoiden durch den Eintritt einer kochsalzbeständigen Fällung sichtbaren Ausdruck findet. Die Reaktion arbeitet nur mit zwei Reagentien, Organextrakt und Kochsalzlösung. Sie stellt nach vergleichenden Untersuchungen mit der Wa. R. eine äußerst wertvolle Bereicherung der Serodiagnostik der Syphilis dar. Sie gibt dem geübten Untersucher durchaus zuverlässige Resultate, sofern man von einer beschränkten Zahl von Seren, sowie von der Spinalflüssig-

keit, an denen die M. R. nicht angestellt werden kann, absieht. Ein besonderer Vorzug ist, daß der ganze Tierstall entbehrlich ist. Wo sich die Möglichkeit bietet, die Wa. R. anzustellen, wird man stets beide Reaktionen nebeneinander ausführen, die sich dann in vielen fraglichen und zweifelhaften Fällen gegenseitig stützen und ergänzen.

Koenigsfeld (Freiburg).

328. **Weitere Untersuchungen über Agglutininbildung bei Syphilitikern**; von A. Kißmeyer. (D. med. Woch. 1917. S. 1447.)

Das Serum von Syphilitikern in verschiedenen Stadien agglutiniert in spezifischer Weise die Spirochaeta pallida. Zur Agglutination wurden abgetötete Suspensionen von reingewaschenen Spirochäten in Salzwasser verwendet. Die Agglutinabilität der Spirochäten unterliegt großen Veränderungen. Ältere Stämme sind zum Agglutinationsversuch unbrauchbar. Wegen dieser ungleichen Agglutinationsfähigkeit und der Schwierigkeiten der Reinzüchtung hat die Agglutination der Spirochäten zunächst als brauchbare diagnostische Reaktion keine Bedeutung.

Koenigsfeld (Freiburg).

329. **Über die Hirschfeld-Klingersche Gerinnungsreaktion bei Lues**; von Julius Freund. (D. med. Woch. 1918. S. 1078.)

Es wurden 340 Sera gleichzeitig nach *Wassermann* und *Hirschfeld-Klinger* untersucht. Die Gerinnungsreaktion nach *Hirschfeld-Klinger*, deren Ausführung um vieles einfacher und billiger als die der Wa. R. ist, gibt bei Luetikern mehr positive Resultate als die mit Normalextrakt arbeitende Wa. R. Die Kontrolluntersuchungen sprechen für die Spezifität der H.-K.-Reaktion.

Koenigsfeld (Freiburg).

330. **Über Paragglutination bei Ruhr**; von Beintker. (D. med. Woch. 1917. S. 1446.)

Bericht über einen aus Stuhl eines Ruhrkranken gezüchteten Stamm, der sich in der Kultur wie Paratyphus B, in der Agglutinationsprobe wie Ruhr Y verhält. Koenigsfeld (Freiburg).

331. **Bewertung der Weil-Felix-Reaktion in der Seuchenpraxis**; von Erich Martini. (D. med. Woch. 1918. S. 236.)

Bei der Beurteilung der Weil-Felixschen Reaktion muß berücksichtigt werden, daß ein positiver Ausfall nur besagt, daß der Körper des Betreffenden einmal mit Fleckfieber infiziert worden ist, nicht aber, daß augenblicklich eine Fleckfiebererkrankung vorliegt. Nach den bisherigen Beobachtungen kann eine positive Reaktion noch 1—$1^1/_2$ Jahre nach der Erkrankung bestehen. Koenigsfeld (Freiburg).

332. **Die Immunitätsanalyse mit Partialantigenen nach Deycke-Much bei der Lungentuberkulose**; von Edmund Hoke. (Wien. klin. Woch. 1917. S. 1575.)

Nach dem Altstädtischen Schema der Deycke-Muchschen Tuberkulinbehandlung ist mit einem Hundertstel ccm derjenigen Konzentration zu beginnen, die im Intrakutanversuch eben noch eine positive Reaktion ergibt. Die diagnostische Kutanimpfung mit den Partialantigenen gibt aber nicht immer die für die Behandlung geeignete Dosis an. Häufig ist die Empfindlichkeit der Lunge größer als die Empfindlichkeit der Haut. Das ist besonders der Fall bei einer stark hyperämischen Haut, die sich bei der Impfung als hypo- bzw. anergisch erweist.

Koenigsfeld (Freiburg).

333. **Partialantigen Deycke-Much**; von F. Oeri. (Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte 1918. S. 1498.)

Der Verf. kommt zu folgenden Schlüssen:

Die Zerlegung des Tuberkulosevirus in einzelne Partialantigene und dementsprechend der Immunität in einzelne Partialantikörper scheint begründet zu sein. Es ist wahrscheinlich, daß die drei Partialantigene von *Deycke-Much* richtige Antigene sind, dagegen sind *Deycke-Much* den Beweis schuldig geblieben, daß ihre drei Partialantigene die einzigen Komponenten des Tuberkulosevirus sind, die diagnostisch und therapeutisch in Betracht kommen. Es ist nicht bewiesen, daß zur Erreichung der Immunität sämtliche Partialantikörper zur Verfügung stehen müssen. Die Partialantigene können mit den gleichen Einschränkungen wie andere Tuberkuline zur Diagnose der Tuberkulose verwendet werden; sie sind etwas empfindlicher als der Pirquet mit Alttuberkulin. Über Aktivität und Prognose geben sie im Einzelfall keine Auskunft, ebenso nicht über die Heilwirkung der Tuberkulosemittel. Trotz dieser theoretischen Mängel scheint die Therapie mit den Partialantigenen Erfolge zu zeitigen, die der hygienisch-diätetischen Behandlung, allein angewendet, überlegen sind. Weitere Versuche, namentlich in leichteren Fällen, sind wünschenswert.

Koenigsfeld (Freiburg).

334. **Über die Doppelnatur der Rezeptoren in der Typhus-Paratyphus-Gruppe**; von E. Weil, A. Felix u. F. Mitzenmacher. (Wien. klin. Woch. 1918. S. 1226.)

In den künstlich erzeugten Immunseren gegen Typhus Paratyphus A, B und *Gärtner* finden sich groß- und kleinflockende Agglutinine, deren Existenz sich nachweisen läßt durch die direkte Beobachtung der die beiden Agglutinine enthaltenden Immunsera, dadurch, daß es Immunsera gibt, welche nahezu ausschließlich großflockige Agglutinine besitzen und dadurch, daß mit Bakterien, die auf 100° erhitzt sind, nur kleinflockende Immunsera erzeugt werden.

Typhus-, Paratyphus-A-, B- und Gärtner-Bazillen besitzen labile Rezeptoren, welche mit den großflockenden, und stabile Rezeptoren, welche mit den kleinflockenden Agglutininen der korrespondierenden Immunsera in Reaktion treten. Der gesonderte Nachweis der beiden Rezeptorenarten wurde dadurch geführt, daß durch Erhitzen auf 100° hinsichtlich der Agglutination die labilen Rezeptoren zerstört werden und die stabilen intakt bleiben, daß die erhitzten Bakterien ausschließlich kleinflockende Immunsera erzeugen, daß die von den großflockenden Agglutininen nicht agglutinierten Bakterien nur die stabilen Rezeptoren enthalten.

Koenigsfeld (Freiburg).

335. **Typhusbazillenträger und Widalsche Reaktion**; von Hilgermann. (D. med. Woch. 1917. S. 1525.)

Eine positive Widalsche Reaktion bei sonst gesunden Personen beweist, daß in ihrem Körper ein Bazillenherd vorhanden ist. Bazillenträger ohne positiven Widal gibt es nicht. Ein negativer Widal gilt als Beweis, daß Bakterienherde im Körper nicht vorhanden sind. Bei Umgebungsuntersuchungen zur Feststellung von Bazillenträgern und bei Durchuntersuchungen ganzer Ortschaften und Anstalten kann man sich daher die ebenso kostspieligen wie zeitraubenden und vielfach nicht zum Ziele führenden Stuhluntersuchungen zunächst ersparen. Es genügt die Ausführung der Widalschen Reaktion, um sofort Verdächtige und Unverdächtige trennen zu können. Stuhluntersuchungen setzen erst mit dem Mo-

ment ein, in welchem der Widal ein positives Ergebnis gehabt hat. Koenigsfeld (Freiburg).

336. Über den Wert der Agglutinationsreaktionen bei der Diagnosestellung der Typhus-, Paratyphus- und Fleckfieber-Erkrankungen; von Methodi Popoff. (Med. Klin. 1918. S. 766.)

Die Agglutinationen der Typhus-, Paratyphus-A- und B- und der X-19-Bazillen greifen ineinander über. Daher sind die Agglutinationsreaktionen für die Differentialdiagnosestellungen von typhösen, paratyphösen und Fleckfiebererkrankungen nicht zu verwerten. Koenigsfeld (Freiburg).

337. Zur Komplementbindung bei Variola; von Artur v. Konschegg. (D. med. Woch. 1918. S. 9.)

Die von Hallenberger angestellten Komplementbindungsversuche bei Variola, der zu negativen Resultaten gekommen ist, sind nicht beweisend, da H. ein unspezifisches Antigen benutzt hat. Mit einem richtig ausgewerteten Antigen lassen sich spezifische Antikörper im Variolaserum nachweisen. Koenigsfeld (Freiburg).

338. Gasbrandtoxine und Antitoxine; von Fritz Silberstein. (Wien. klin. Woch. 1917. S. 1642.)

Während bei einem Teil der aus Gasbrandfällen gezüchteten Bakterien ein echtes Toxin nicht erhalten werden konnte, bildete ein anderer Teil ein Gift von außerordentlicher Wirksamkeit, das als ein einheitliches echtes Toxin anzusehen ist, mit dem sich ein wirksames antitoxisches Serum gewinnen läßt. Dementsprechend teilt S. die Gasbrandbakterien in zwei Gruppen ein: die toxischen und die atoxischen Stämme. Koenigsfeld (Freiburg).

III. Pharmakologie (einschl. Pharmakotherapie) und Toxikologie.

339. Das Schicksal des Chinins im Organismus; von H. Hartmann u. L. Zila. (Arch. f. exper. Path. u. Pharm. Bd. 83. S. 221.)

Die Resorption der Chininsalze ist nicht abhängig von ihrer Wasserlöslichkeit; so wird das sehr schwer lösliche Ch. tannic. ebensogut resorbiert, wie das Ch. hydrochlor. Auch die Darreichungsform ist gleichgültig. Gibt man Chinin per os auf vollen Magen, so wird nur unwesentlich mehr resorbiert, als von dem auf leeren Magen verabreichten. Die Magenazidität ist ohne Einfluß auf die Chininresorption. Eine einmalige größere Gabe wird relativ schneller resorbiert als kleinere Einzeldosen. Eine Chiningewöhnung im Sinne einer allmählichen verminderten Ausscheidung im Harn konnte von den Verff. nicht festgestellt werden. Von der dargereichten Chininmenge werden 15—35% unverändert im Harn und Kot ausgeschieden. Die Konzentration im Blute ist abhängig von der Art der Darreichung: nach intravenöser Injektion sind bereits nach 5 Minuten 60—90% der injizierten Menge verschwunden; nach 8 Stunden ist überhaupt kein Chinin mehr im Blute nachweisbar. Dasselbe ist nach intramuskulärer Injektion der Fall. Bei der Darreichung per os wird ein ziemlich konstanter Chininspiegel im Blute erzeugt und das Alkaloid bleibt bis zur 25. Stunde nachweisbar. Der Chiningehalt der Organe, in denen höchstens 5% der eingeführten Menge gefunden wurde, ergab nichts Charakteristisches. Der Ort der Zerstörung des Chinins im Organismus konnte mit Sicherheit nicht ermittelt werden. Bachem (Bonn).

340. Beitrag zur Optochinbehandlung der Pneumonie; von Ahl. (D. med. Woch. 1918. Nr. 10. S. 266.)

A. behandelte 63 Fälle von Pneumonie mit *Optochin. hydrochloricum,* meist 6mal täglich 0,2, in einigen Fällen subkutan 0,6 Optochin hydrochl., 0,6 Alcohol abs., 8,0 Ol. camph. forte (gut vertragen) in anderen Optochin in Lösung. Die Wirkung war die gleiche. *Bei Optochindarreichung war eine Neigung zu lytischem Fieberabfall nicht zu verkennen.* Der letztere ist jedoch im Felde ausgesprochener als im Frieden. Die Dauer des Fiebers war nicht abgekürzt. *Böse Zufälle lassen sich wahrscheinlich durch größte Vorsicht ausschließen.* Das Versagen der Wirkung in seinen Fällen glaubt A. dem Umstand zuschreiben zu können, daß die Darreichung meist erst am 3. Tage begonnen werden konnte, also zu einer Zeit, wo meist die Pneumokokken im Blute nicht mehr getroffen werden können. Kadner (Dresden-Loschwitz).

341. Über die intravenöse Anwendung des Kampfers; von H. Leo. (D. med. Woch. 1918. Nr. 11. S. 285.)

L. hat früher (D. med. Woch. 1913. Nr. 14 u. 15; Münchn. med. Woch. 1913. Nr. 43) nachgewiesen, daß durch Anwendung der intravenösen Infusion einer *gesättigten Lösung von Kampfer in Wasser bzw. Ringerlösung* alle bekannten Wirkungen des Kampfers sofort, durch weit geringere Kampfermengen und ohne Kürzung der Wirkungsdauer hervorgerufen werden, können, wie bei der subkutanen Injektion des Kampferöles, und daß damit die Möglichkeit gegeben sei, den Mängeln der letzteren zu entgehen, zu denen im Kriege noch die Schwierigkeit der Beschaffung geeigneter Öle komme. *Das Kampferwasser sei daher mehr als bisher anzuwenden,* wo es sich um Wirkungen auf Atmung und Herztätigkeit handelt. (Pneumonie: pneumokokkenwidrige Eigenschaften des Kampfers, aber mehr noch Steigerung der Durchblutung der Lungen unter dem Einfluß des Mittels.) — Das Kampferwasser — gesättigte Lösung durch Schütteln von Camphora trita mit physiologischer Ringerlösung von *E. Merck* dargestellte sterile Lösung, 40—500 ccm von 0,142% Kampfergehalt-, bzw. ähnliche Herstellungen nach Weintraud und Hosemann, eignen sich zur intravenösen Injektion. Vor der Verwendung ätherischer Kampferlösung wird gewarnt, wegen der Möglichkeit, dadurch embolische Vorgänge hervorzurufen. Kadner (Dresden-Loschwitz).

342. Über den Zusammenhang zwischen Digitalis- und Kalziumwirkung; von O. Loewi. (Arch. f. exper. Path. u. Pharm. Bd. 83. S. 367.)

L. studierte den Zusammenhang zwischen *Digitalis-* und *Kalzium*wirkung. Der negative dromotrope Digitalisstillstand ist der Ausdruck einer gesteigerten Kalziumwirkung; er wird durch Verminderung des Kalziumgehaltes der Ringerlösung behoben. Der negativ-inotrope Digitalisstillstand ist die Folge spezifisch gesteigerter Dehnbarkeit bei gleichzeitig schwacher Kontrakturwirkung. Letztere hindert das Zustandekommen normaler systolischer Kontraktionen. Auch dieser Stillstand wird durch Herabminderung des Kalziumgehaltes der Ringerlösung behoben. Die Steigerung der Dehnbarkeit läßt sich

außer durch Digitalis auch durch Speisung mit hohen Kalziumkonzentrationen herstellen. Im Stadium vorgerückter Digitaliswirkung führt Steigerung des Kaliumgehaltes der Ringerlösung zu Kontraktur. Analog wirkt Kaliumsteigerung auch ohne Anwendung von Digitalis bei bloßer Gegenwart hoher Kalziumkonzentrationen kontrakturierend; doch ist die Kontrakturwirkung hier etwas ganz anderes als die Kalziumkontrakturwirkung. Bachem (Bonn).

343. **Die Mengen der digitalisartig wirkenden Substanzen im Oleanderblatt und die Art ihres natürlichen Vorkommens;** von W. Straub. (Arch. f. exper. Path. u. Pharm. Bd. 82. S. 327.)

Das Oleanderblatt enthält etwa 2,5mal soviel Wirksamkeit wie das Digitalisblatt. Die wirksamen Substanzen gehen restlos in wässerige Lösung über, auch die in reiner Form schwer löslichen kristallisierten Glykoside. Die wässerigen und alkoholischen Extrakte sind gut haltbar. Die Resorbierbarkeit der die Gesamtglykoside enthaltenden Extrakte ist ebensogut wie die des kristallisierten Oleandrin. Dieses steht hierin dem bestresorbierbaren Digitalisglykosid Gitalin sehr nahe. Ein in den Blättern vorkommender eisengrünender Stoff ist vermutlich ein Phenolglykosid. Dieses bedingt die Löslichkeit der in der Pflanze neben gut wasserlöslichen enthaltenen in Wasser ganz unlöslichen Aktivglykoside. Mit Wahrscheinlichkeit handelt es sich dabei um eine der Menge des Phenolglykosids proportionale fördernde Löslichkeitsbeeinflussung. Bachem (Bonn).

344. **Ergotin als Herzmittel und Diuretikum;** von L. Weill. (Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gyn. Bd. 47. S. 250.)

W. hat mit gutem Erfolg das *Myokardol*, eine Kombination von 0,2 Ergotin + 0,02 Koffein, erprobt. Von den zahlreichen beobachteten Fällen sind einige mitgeteilt, aus denen hervorgeht, daß unter Myokardolgebrauch Ödeme, Schwindel, Kurzatmigkeit usw. bald verschwanden. Auch zeigte sich in vielen Fällen eine Regulierung der Herzaktion, und wo eine solche nicht zu erreichen war, trat sie auch nach Digitalis nicht ein. Bei Psychosen mit Herzneurosen zeigte sich, wie an Hand einiger Fälle dargetan wird, ebenfalls die günstige Wirkung des Mittels auf die Psyche.

In der Gynäkologie empfiehlt sich das Myokardol deshalb, weil Blutungen zugleich mit dem schweren Herzkollaps bekämpft werden können. Bei gleichzeitiger Anwendung der Thure-Brandschen Massage hat sich Myokardol auch bei Kriegsamenorrhöe bewährt.

Man verabreicht das Mittel am besten in destilliertem Wasser (der besseren Resorption wegen) und reicht 3—4mal täglich 1—2 Tabletten.

Bachem (Bonn).

345. **Ist der Chloräthylrausch ganz ungefährlich?** von Renner. (D. med. Woch. 1918. Nr. 21. S. 578.)

Bei einem organgesunden Soldaten wurde zur Punktion eines nach Kniegelenksschuß entstandenen geschwollenen Schleimbeutels ein Chloräthylrausch (5 ccm Chloräthyl) gegeben. Als Patient nach Beendigung des Eingriffes im Erwachen war, trat der Tod ein. Leichenschau o. B. Vielleicht ist der Tod „psychisch“ bedingt, indem die große Aufregung des Patienten auf dem Wege des Sympthikus die lebenswichtigen Organe ungünstig beeinflußte. Begünstigt durch die frühere Infektion und die erste Operation in Narkose. R. rät zur Vorsicht im Chloräthylrausch. Thormählen (Hamburg).

346. **Pharmakologische Untersuchungen über Dichloräthylen als Narkotikum;** von Wittgenstein. (Arch. f. exper. Path. u. Pharm. Bd. 83. S. 235.)

Als neues Inhalationsanästhetikum empfiehlt W. das *Dichloräthylen*, eine bei 55° siedende, gegen Licht beständige und nicht brennbare Flüssigkeit. Die zur tiefen Narkose nötige Volumkonzentration beträgt bei Tieren 0,9—1,7 Volumprozent. Im Gegensatz zu Chloroform erzeugt es an Herz, Gefäßen und parenchymatösen Organen keine Veränderungen, insbesondere bleibt der Blutdruck intakt. Dichloräthylen wird ähnlich wie Chloroform im Organismus teilweise zersetzt. Erfahrungen am Menschen liegen nur in geringem Maße bis jetzt vor. Bachem (Bonn).

347. **Einwirkung von Novokain auf die Nieren;** von L. Flory. (D. Zeitschr. f. Chir. 1918. Nr. 144. H. 3 u. 4. S. 217.)

Bei den unter 100 Fällen 6mal beobachteten Eiweißausscheidungen nach Operationen, die in Lokalanästhesie mit Novokain ausgeführt waren, handelte es sich jeweils um ganz geringe Ausscheidungen, die nach Eßbach zu keinem meßbaren Ergebnis führten. Mikroskopisch ergaben sich in 3 Fällen keine Besonderheiten, in 1 Falle ganz vereinzelte Zylinder, in 2 Fällen einige hyaline und granulierte Zylinder. In allen diesen 6 Fällen waren keine großen Mengen von Novokain verwendet worden in Konzentration von $^1/_2$—1%; wahrscheinlich ist also die Nierenreizung auf andere Ursachen zurückzuführen. Auch der Tierversuch führte zu vollkommen negativen Ergebnissen. Wagner (Leipzig).

348. **Erfahrungen mit Neosalvarsan-Serumlösungen sowie ein Todesfall im Verlaufe dieser Behandlungsmethode;** von Hubert Buchholz. (Med. Klin. 1918. H. 21. S. 518.)

B. lehnt die Neosalvarsan-Serumlösungen ab; die Blutentziehungen zur Serumgewinnung sind unzweckmäßig, bei Anämischen direkt schädlich. Die therapeutischen Erfolge sind dieselben wie bei den gewöhnlichen Methoden und die Verträglichkeit bei letzteren eher besser. Brauns (Dessau).

349. **Die intravenöse Koagulenbehandlung;** von E. Vogt. (Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 30. H. 4 u. 5. S. 598.)

Ein Fall von lokaler Anwendung von Koagulen nach Uterusblutung und nachfolgender Exstirpation des Uterus gaben Gelegenheit, die Lokalwirkung zu untersuchen. Sie bestand in Gerinselbildung mit ätzschorfähnlichem Belag des Oberflächenepithels. Die Kapillaren zeigten Thrombenbildungen. — Plazenta praevia-Blutung kann durch intravenöse Gabe unterdrückt werden und die Indikationen haben sich auf vielfache Blutungsformen erweitert, so daß Koagulen A. intravenös, 10 ccm einer 1proz. Lösung Erfolge bei chronischen Blutungen, als Prophylaxe vor Operationen, in der Geburtshilfe und Gynäkologie und auf anderen Gebieten zu zeitigen vermochte, worauf der praktische Arzt insbesondere hingewiesen sei. — von Noorden (Bad Homburg).

350. **X-Säure als Heilmittel gegen Polyneuritis gallinarum;** von J. Hülshoff. (Arch. f. Schiffs- u. Trop.-Hyg. 1917. Nr. 22. S. 365.)

Auf eine frühere Arbeit über den Einfluß der Katjang hidjoe (Phaseolus radiatus) auf Beriberi hinweisend — Beiheft 3. 1910 des Archivs — teilt H. *weiteres über die X-Säure* mit, auf Grund von an Hühnern angestellten Versuchen. *Nur mit Reis* gefütterte Hühner erkrankten an Polyneuritis. Sobald die ersten Erscheinungen der Erkrankung auftraten, erhielten die Tiere ein Dekokt von 1 kg Katjang hidjoe auf 1 Liter eingekocht, bzw. auf $^1/_2$ oder $^1/_3$ Liter konzentriert. Die Ergebnisse waren günstig. Gänzlich trockenes Extrakt, in Dosis von mindestens 1 g gegeben, genügte, um die Polyneuritis zu heilen.

Kadner (Dresden-Loschwitz).

351. **Beiträge zur Pharmakologie der Beckenorgane;** von L. Adler. (Arch. f. exper. Path. u. Pharm. Bd. 83. S. 248.)

Untersuchungen am überlebenden Mäuseuterus ergaben: Adrenalin bringt den graviden und nicht graviden Uterus zur Erschlaffung bei Verminderung der Bewegung. Phenyläthylaminchlorhydrat wirkt in geringen Konzentrationen erregend, in stärkerer hemmend. P-Oxyphenyläthylaminchlorhydrat wirkt hemmend auf den graviden und nicht graviden Uterus. β-Imidazolyläthylamin erregt in starker Verdünnung den Mäuseuterus. Pituglandol erregt das Organ, und die rhythmischen Kontraktionen werden verstärkt. Pilokarpin erhöht den Tonus und verstärkt die Bewegung. Die durch Cholin bedingte Erregung wird durch Chinin wieder aufgehoben. Nikotin wirkt in nicht zu starker Verdünnung tonuserhöhend. Atropin (1 : 3000) erzeugt energische Kontraktion. Chlorbarium wirkt hochgradig erregend. Chinin und Kokain bewirken in starker Verdünnung eine Erregung, in geringerer Verdünnung Lähmung.

Bei Versuchen an der überlebenden Froschblase wirkt Adrenalin meistens — aber nicht immer — hemmend. Phenyläthylamin und p-Oxyphenyläthylamin wirken deutlich erregend. β-Imidazolyläthylamin wirkt nur schwach, Pituglandol überhaupt nicht. Pilokarpin, Cholin, Atropin, Chinin, Chlorbarium und Kokain wirken in nicht zu starken Konzentrationen erregend. Nikotinlösungen 1 : 2500 wirken stark erregend, solche von 1 : 25000 sind wirkungslos.

Bachem (Bonn).

352. **Über die Eigenschaften und Wirkung des Östrins und seine Beziehung zur perniziösen Anämie der Pferde;** von R. Seyderhelm. (Arch. f. exper. Path. u. Pharm. Bd. 82. S. 253.)

Aus den im Magen des Pferdes schmarotzenden Gastrophiluslarven wurde ein toxischer Bestandteil, das sog. Östrin isoliert und hinsichtlich seiner chemisch-physikalischen Eigenschaften gekennzeichnet. — Beim Pferd ist die tödliche Gabe sehr gering: 0,00008 g auf 400 kg Pferd. Es kommt zu allgemeiner Erregung, Diarrhöen, Dyspnö, Schweißausbruch und Tod unter Lähmungserscheinungen. Bei Kaninchen liegt die letale Dosis höher; der Tod erfolgt hier durch Atemstillstand. In den Larven sind zweierlei grundverschiedene Substanzen, die auf das Blut wirken: seifenartige Substanzen und Lipoide, die rote Blutkörperchen auflösen. Intravenöse Behandlung mit diesen Stoffen führt bei Kaninchen zu geringgradiger sekundärer Anämie ohne extramedulläre Blutbildung. Die alkoholunlösliche Fraktion, das Östrin, löst dagegen rote Blutkörperchen im Glase nicht auf. Injektionen sehr geringer Mengen führen bei Kaninchen in wenigen Tagen zu schwerer Anämie, die durch Erhöhung des Färbeindex, Polychromasie, Anisozytose, Resistenzerhöhung der Erythrozyten, dauernde Leukopenie, Verminderung der Blutplättchen, myeloide Umwandlung in Leber und Milz, Hämosiderose, Parenchymschädigung charakterisiert ist. Dem Östrin kommt auch eine pyrogene und neurotoxische Wirkung zu.

Die mit wässerigen, auch gekochten Larvenextrakten erzeugte Kaninchenanämie erweist sich wie die der Pferde auf gesunde Tiere gleicher Art übertragbar. Diese Übertragbarkeit der Anämie spielt bei der Verbreitung der Krankheit keine Rolle. Östrin und übertragbares Virus sind anscheinend nicht identisch.

Bachem (Bonn).

353. **Versuche zur Entgiftung des Methylalkohols;** von J. Pohl. (Arch. f. exper. Path. u. Pharm. Bd. 83. S. 204.)

Aus den an Kaninchen angestellten Versuchen geht hervor, daß das Gehirn am wenigsten Methylalkohol speichert, somit die bekannten klinischen Erscheinungen seitens des Zentralnervensystems — gleiche Verhältnisse beim Menschen vorausgesetzt — nicht auf andauernde Wirkung großer gespeicherter Alkoholmengen zurückzuführen sind. Vielmehr muß man an eine primäre Schädigung, eine besondere Überempfindlichkeit, selbst auf kleine Mengen Methylalkohol hin, denken. Es macht sogar geradezu den Eindruck, als ob kein Organ so wenig Methylalkohol aufnähme wie das Gehirn. Übrigens ist Methylalkohol in Wasser löslicher als in Fetten. Einen fördernden Einfluß auf die Befreiung des Gehirns vom Methylalkohol erwiesen die Kombination von Aderlaß und von Ringerlösung, subkutane Zufuhr von Kohle und Hefe. Zu praktischen Versuchen fordern noch die Resultate mit Jodnatrium, Adrenalin und Alkalien auf.

Bachem (Bonn).

354. **Die Giftigkeit des Arsenwasserstoffes für den Menschen;** von Heffter. (Vierteljahrsschr. f. ger. Med. Bd. 55. H. 1. 1918.)

Versuch, die für den Menschen tödliche Menge festzustellen, welche nach Versuchen an Katzen auf etwa 0,3 g Arsen Wasserstoffgas berechnet wird.

Kellner (Hubertusburg).

355. **Zur Vergiftung durch gasförmige Blausäure;** von Algot Key-Aberg. (Vierteljahrsschr. f. ger. Med. Bd. 55. H. 1. 1918.)

Kasuistischer Beitrag. Tod nach Einatmung von gasförmiger Blausäure in zwecks Wanzenvertilgung mit Zyanwasserstoffgas desinfizierter und nicht genügend entlüfteter Schiffskajüte. Die Leiche läßt aus tiefen Rückenschnitten, aus den Körperhöhlen, aus Gehirn und Lungen den spezifischen Geruch entströmen, nur der Magen und dessen Inhalt war frei davon, welcher stark sauer reagierte. Schleimhäute blaß-graurot. Das Blut ließ bei der erst 15 Tage post mortem vorgenommenen Untersuchung keine Blausäure erkennen. — Über die Menge des eingeatmeten Gases ließ sich nichts vorstellen, jedenfalls war sie wesentlich geringer als bei einer per-os-Vergiftung.

Kellner (Hubertusburg).

356. **Phosphorvergiftung durch Schußverletzung;** von C. Lehmann. (Zentralbl. f. Chir. 1918. Nr. 27. S. 451.)

Verletzung der Pektoralismuskulatur durch ein sog. Leuchtspurgeschoß. Der Mantel des in der Wunde liegenden deformierten Geschosses enthielt in seiner vorderen Hälfte noch schwebenden Phosphor. Im Anschluß an die Verletzung starker Ikterus mit rapidem Verfall des Kranken. Keine Albuminurie. Nach Abklingen des Ikterus besserte sich

der Allgemeinzustand rasch. Als Lösungsmittel für den Phosphor dürfte im Bereiche der Wunde wohl nur das subkutane Fettgewebe in Frage kommen.
Wagner (Leipzig).

357. **Über Brommethylvergiftung;** von O. Steiger. (Münchn. med. Woch. 1918. Nr. 28. S. 753.)

Ein Arbeiter befand sich $^1/_2$ Stunde lang in einem Raum, der infolge Platzens eines Rohres mit Brommethyldämpfen dicht angefüllt war, und zeigte folgende Erscheinungen: Schwindel, taumelnder Gang, später vollkommene Ataxie, zeitweise sogar Parese der unteren Extremitäten bei noch erhaltener Kraft der Arme, Intentionszittern und Vorbeizeigen der Hände. Aus Blutungen im Augenhintergrund ist zu schließen, daß auch im Zentralnervensystem Hämorrhagien oder Erweichungen sich gebildet haben, welche die schweren ataktischen Störungen erklären. Außer Doppelbildern teils organischer, teils psychischer Natur zeigten sich noch weitere Augenveränderungen. Bemerkenswert war auch die deutliche Dyspnö und die ausgesprochene Sprachstörung. Im Blute fand sich Methämoglobin, die Nieren schieden Blut aus. Alle diese Erscheinungen nahmen allmählich an Stärke zu trotz Behandlung mit Kochsalzinfusionen und -Klysmen. Sogar noch nach Tagen entwickelten sich die psychischen Störungen (Desorientierung, Halluzinationen usw.) und starke motorische Unruhe.

(Brommethyl ist eine farblose, penetrant ätherartig riechende, bei 13° siedende Flüssigkeit vom spezifischen Gewicht 1,73. Bis jetzt sind nur sehr wenig Fälle dieser Vergiftung beschrieben worden, die zum Teil die gleichen Symptome wie im vorliegenden Fall boten.) Bachem (Bonn).

358. **Trivalinismus;** von F. H. Mueller. (D. med. Woch. 1918. Nr. 14. S. 380.)

Trivalin ist eine 2proz. Morphiumlösung, der stark 5 mg Kokain mit etwas Baldrian zugesetzt sind. M. warnt eindringlich vor dem Mittel, von dem die Hersteller behaupten, daß es harmlos sei, da das Morphium durch das Kokain und den Baldrian entgiftet werde. M. erinnert an die furchtbaren Wirkungen des Kokain — es führe stets ins Irrenhaus — und betont, daß eine Entgiftung von Morphium weder durch Kokain noch durch Baldrian bewirkt werden könne. Kadner (Dresden-Loschwitz).

359. **Über den Nachweis des Quecksilbers im Urin unter Zuhilfenahme eines neuen Lösungsmittels für Quecksilbersulfid;** von S. Gutmann. (Biochem. Zeitschr. Bd. 89. S. 199. 1918.)

Diese Probe, die nach Ansicht des Ref. für die Praxis etwas umständlich ist, beruht auf der Zerstörung des Harns durch Kaliumchlorat und Salzsäure in ausprobierten Mengenverhältnissen, Fällung des Quecksilbers als Schwefelquecksilber, das zur Reinigung unter erneuter Oxydation mit Königswasser gelöst und dann nochmals als Schwefelquecksilber niedergeschlagen wird. Für die Erkennung des Quecksilbersulfids (löslich in Königswasser, unlöslich in heißer 25proz. Salpetersäure) wurde ein neues Lösungsmittel gefunden. Digeriert man nämlich Quecksilbersulfid mit starker Jodwasserstoffsäure, so tritt schon in der Kälte vollkommene Lösung des Quecksilbersulfids unter Schwefelwasserstoffentwicklung ein, mit verdünnter Jodwasserstoffsäure erst bei gelindem Erwärmen.

(Der genaue Gang der Analyse wird ausführlich mitgeteilt.) Bachem (Bonn).

IV. Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie.

360. **Beiträge zur klinischen Konstitutionspathologie.** 1. *Habitus und Morbidität;* von Julius Bauer. (D. Arch. f. klin. Med. Bd. 126. H. 3 u. 4. S. 1.)

Zur Klassifikation der verschiedenen Erscheinungsformen des Habitus schließt sich B. der Einteilung Sigauds und dessen Schüler Chaillou und Mac Auliffe in 4 Menschentypen an, in den Typus respiratorius, muscularis und cerebralis und deren Mischformen. Nach den Darlegungen der genannten Autoren ist der Typus respiratorius gekennzeichnet durch eine besondere Entwicklung des Thorax, sowie der der Respiration dienenden Abschnitte des Schädels und Gesichtes. Der Thorax ist auffallend lang, der epigastrische Winkel spitz, die mittlere Gesichtspartie zwischen Nasenwurzel und Nasenbasis ist stark entwickelt, der Abstand der Processus zygomatici groß, was dem Gesicht oft eine sechseckige Gestalt verleiht. Beim Typus digestivus ist das untere Drittel des Gesichts mächtig entwickelt, der Abstand zwischen Nasenbasis und Kinn ist besonders groß; durch die weit ausladenden Unterkieferäste entsteht eine Pyramidenform des Gesichts mit der Basis am Unterkiefer, der Spitze am Scheitel. Der Mund ist groß, das Gebiß regelmäßig, gut ausgebildet und erhalten, der Unterkiefer ist vorspringend, die Augen klein. Der Hals ist kurz, der Thorax breit, aber sehr kurz, das Abdomen dagegen mächtig entwickelt. Der Typus muscularis zeigt einen harmonisch gebildeten, meist brachyzephalen Schädel, die drei Abschnitte des Gesichts sind an Länge und oft auch an Breite einander gleich, so daß eine quadratische Form resultiert. Der Rumpf ist gleichfalls ebenmäßig geformt, Thorax und Abdomen von entsprechenden Proportionen, das Abdomen nicht vorragend, der epigastrische Winkel von mittlerer Größe, die Schultern breit und hoch. Der Typus cerebralis schließlich ist charakterisiert durch eine in einem gewissen Mißverhältnis zu der zarten grazilen Gestalt stehende Schädelgröße, durch eine auffallend starke Ausbildung des Stirnabschnittes des Gesichts, derart, daß das Gesicht die Form einer mit der Spitze nach abwärtsgerichteten Pyramide gewinnt. Die Extremitäten sind kurz und die Füße klein. B. hat 2010 Menschen, die wegen verschiedener Leiden die Poliklinik aufsuchten, auf ihren Habitus hin untersucht und sie in die 4 Sigaudschen Gruppen einzureihen versucht, zunächst nur Männer. Am weitaus häufigsten ist der respiratorische Typus, dem fast jeder 5. angehört, am seltensten der digestive. Bei der Gegenüberstellung von Habitusform und Krankheit ergibt sich folgendes:

1. Bei Tuberkulose der Lungen erscheint der respiratorische Habitus in seiner reinen und komplexen Form sehr beträchtlich, der zerebrale Typus weniger stark gegenüber dem allgemeinen Durchschnitt vermehrt, der Typus muscularis und noch mehr der Typus digestivus erheblich vermindert.

2. Unter den größtenteils syphilitischen Aortenerkrankungen und deren Folgezuständen (Aorteninsuffizienz, Aneurysma) ist die Zahl der respiratorischen und zerebralen Individuen relativ sehr niedrig, jene der digestiven und muskulären Typen ganz außerordentlich hoch.

3. Bei den Nierenkrankheiten finden wir die muskuläre und digestive Habitusform in relativ bedeutender Überzahl.

4. Die „Rheumatiker" werden in einer relativ beträchtlichen Überzahl von Vertretern des muskulären Habitus repräsentiert.

Geringere Verschiebungen des Häufigkeitsverhältnisses der einzelnen Habitustypen gegenüber dem allgemeinen Durchschnitt finden wir:

1. Bei den Katarrhen der oberen Luftwege und Bronchien: Zunahme des muskulären Typus, Abnahme des zerebralen Typus.
2. Bei Ulcus pepticum des Magens und Duodenums: Zunahme des respiratorischen Typus.
3. Bei nervöser Dyspepsie, habitueller Obstipation und Colica mucosa: Zunahme des digestiven Typus, Abnahme des muskulären Typus.
4. Bei Neurasthenie und Hysterie: Zunahme des zerebralen, Abnahme des respiratorischen Typus.
5. Bei Atherosklerose: Abnahme des zerebralen Typus.
6. Bei Neurosis cordis und Cardiopathie adolescentium: Zunahme des Typus muscularis.

Kankeleit (München).

361. Pathologisch-anatomische Untersuchungen über die Ödemkrankheit; von W. Hülse. (Wien. klin. Woch. 1918. Nr. 1. S. 17.)

Die Mitteilungen H.s beziehen sich auf Nebeneinanderstellung von klinischen Erfahrungen und einer größeren Zahl von Obduktionsbefunden. H. nimmt an, daß Inanitionszustände vorliegen, aber nicht — wie Knack und Naumann (D. med. Woch. 1917. Nr. 29) — daß diese ausschließlich alimentär bedingt sind, sondern daß zu der Kriegskost noch andere auf die Protoplasmabestände des Körpers konsumierend wirkende Momente hinzukommen müssen. Neben äußeren Verhältnissen komme das ganze Heer der akuten und chronischen Infektionen in Betracht. H. sah die Krankheit besonders häufig bei Rekurrens und chronischer Ruhr, aber auch bei fast jeder anderen Erkrankung als Komplikation auftreten. Bei normalen Ernährungsverhältnissen bedarf es eines schwer schädigenden Momentes — Karzinom, fortgeschrittene Tuberkulose usw., das jedoch objektiv nennenswerte Symptome nicht hervorzurufen braucht, und der gewöhnlichen Untersuchung somit entgeht. Bei den Sektionen fand H. bei sorgfältigster Untersuchung nur in einem Falle keine solche Ursache. Bei den anderen stellte verborgene Tuberkulose das Hauptkontingent mit 85 von 120 Fällen. In 18% fanden sich ruhrartige Veränderungen im Darm als ätiologisch wesentlich für die Ödemkrankheit. — Der häufig bestehende Milztumor hat mit der Ödemkrankheit nichts zu tun, weist vielmehr auf Malariakachexie hin, auf der als Grundlage die Ödemkrankheit entstand. Die Kriegsödeme seien vorwiegend sekundärer Natur. Dieses Moment werde um so wirksamer sein, wenn die zugeführte Kalorienmenge nicht genügend ausgenutzt werden kann (chronische Verdauungsstörungen, mangelhaftes Kauen, wenig schmackhafte Kost). Die interessanten Ausführungen seien zur Kenntnisnahme empfohlen. Kadner (Dresden-Loschwitz).

362. Hungerödem; von R. v. Jaksch. (Wien. med. Woch. 1918. Nr. 23. S. 1029.)

v. J. macht darauf aufmerksam, daß das *Hungerödem* schon im Jahre 1812 zur Zeit der Napoleonischen Kriege von Kollreuther beschrieben worden ist. — In Böhmen, und zwar nur in den *industriellen* Bezirken sind 1917 77 842 Menschen an Hungerödem erkrankt und 1082 der Krankheit erlegen. Von Bedeutung ist die *Versorgung mit Milch*. Im Böhmerwald, wo auf 3 Einwohner eine Milchkuh kommt, war die Heimsuchung mit Hungerödem bei weitem geringer als im Erzgebirge, wo das Verhältnis 20:1 beträgt. Zu beachten ist, daß die Entbehrung *gewöhnter* Nahrungsmittel besonders schädigend wirkt, und ungewöhnte Nahrungsmittel keinen Ersatz bieten. Es muß nicht nur dafür gesorgt werden, daß die Bevölkerung quantitativ die nötige *Kalorienzahl* in der Nahrung erhält, sondern auch qualitativ die gewöhnten *Nahrungsmittel*. — Befallen wurden nur die *„Ärmsten der Armen"*. — Die Kardinalsymptome der Krankheit sind: Bradykardie, Hydrops, Polyurie, große Kaduzität. Ödeme können fehlen. Eiweiß und Formelemente sind im Harn nicht zu finden. Die ersten Ödeme können im Gesicht auftreten. Nach Muff sind die *Ödeme die Folge des durch die quantitative Unterernährung gestörten Stoffwechsels der Zellen*, die dadurch der Fähigkeit beraubt werden, das Wasser festzuhalten. Die Bradykardie beruht wohl auf Reizung des Nervus depressor oder verringertem Tonus in den Nervi accelerantes des Vagus. Der Blutdruck ist immer erniedrigt. Das Blut ist eiweißarm (Hypalbumose bis 3%) und zeigt erhöhten Chlornatriumgehalt. An den roten Blutzellen läßt sich manchmal etwas Poikilo- und Anisozytose bemerken. Die Leukozyten sind vermindert, Lymphzytose ist nicht selten. Der Chlornatriumgehalt des Blutes ist vermehrt. Azetonkörper fanden sich wiederholt im Harn. — Häufig tritt Furunkulosis auf, auch Gangrän der Haut. Bei Frauen nahm das Auftreten von inkarzerierten Femoralhernien zu. Regelmäßig tritt Amenorrhoe auf, eine weitere Ursache der während des Krieges in erschreckender Weise beobachteten Abnahme der Geburtenziffer. — 5,2% der Erkrankten gehen zugrunde. Die Prognose ist um so günstiger, je jünger das Individuum ist, und je früher es in Behandlung kommt. Den anatomischen Befund kann man als den des *Marasmus* bezeichnen. — Der Staat müsse künftig durch eine geeignete Ernährungspolitik das Auftreten des Hungerödems verhindern.

Kadner (Dresden-Loschwitz).

363. Allgemeine Atrophie, Ödemkrankheit und Ruhr; von P. Prym. (D. med. Woch. 1918. Nr. 20. S. 544.)

P. fand in Leichen *an Ödemkrankheit Gestorbener* nicht selten *dysenterieartige Veränderungen*, die so frisch waren, daß die schwere, allgemeine Atrophie nicht als Folge der Dysenterie angesehen werden konnte. Die Atrophie sei wahrscheinlich begleitet von einer frühzeitigen Schädigung des Kapillarsystems, deren Folge Ödembereitschaft sei. Die Darmprozesse seien sekundär, wie solche auch bei anderen schweren konsumierenden Krankheiten vorkommen. Dabei spielen die echten Ruhrerreger eine geringe Rolle; es seien vielmehr die obligaten Darmbewohner, besonders das *Bacterium coli*, die, die veränderte Schleimhaut durchbrechend, die dysenterischen Erscheinungen hervorrufen.

Kadner (Dresden-Loschwitz).

364. Pathologisch-anatomische Beobachtungen über Ruhr; von C. Hart. (Med. Klin. 1918. Nr. 20. S 488.)

H. sagt, für die meisten Fälle von Ruhr könne man in dem *anatomischen Nichtbeteiligtsein der Organe* fast etwas Charakteristisches sehen, so sehr sei der Erkrankungsprozeß auf den *Dickdarm*, in selteneren Fällen höchstens auf den alleruntersten Dünndarm *beschränkt*. — H. sah äußerst schnell verlaufende Fälle mit den Zeichen schwerster Intoxikation neben komatösen und epileptiformen Anfällen,

wobei der Grad der Dickdarmerkrankung keineswegs besonders stark zu sein brauche. *Bei Kindern wie bei Erwachsenen könne der Tod eintreten, ehe es zu den für Ruhr charaktristischen Darmentleerungen gekommen sei,* was auf *besonders hohe Giftigkeit der Ruhrbazillen* oder auf größere *Hinfälligkeit des Organismus* zu beziehen sei. Man müsse annehmen, daß starke bakterielle Gifte in die Säftebahn eingetreten seien. Darauf zu beziehende Organveränderungen waren, außer kleinen subserösen Blutungen, nur Hyperämie und Ödem des Gehirns und seiner weichen Häute ein sehr regelmäßiger Befund in allen schwer und schnell verlaufenden Fällen. — Für den akutesten toxischen Ruhrtod spielt der Ernährungszustand keine Rolle. Blutungen in der Magenschleimhaut seien hauptsächlich toxischer Natur. Es finden sich solche auch besonders unter dem Epi- und Endokard und der Lungenpleura, selten unter der Haut. Letztere können Folge einer Mischinfektion sein. — Bei einem kräftigen, gut genährten Wehrmann trat nach ganz leicht verlaufener Ruhr Embolie einer Art. fossae Sylvii und schnell darauf Lungenembolie auf. Die Sektion ergab eine katarrhalische Schwellung der Dickdarmschleimhaut. Die Neigung zur Blutgerinnung blieb ungeklärt. Selten sah H. diphtheritische Prozesse der Mund-, Rachen- und Kehlkopfschleimhaut: pseudomembranöse und nekrotisierende Prozesse; ferner Sekundärinfektion von der ulzerierten Darmschleimhaut aus, Bakteriämie, die sich in Vereiterungen der Nieren und des Nierenlagers, in eitriger Spermatozystitis ausdrückte. Am häufigsten und bedeutsamsten sei die Infektion der freien Bauchhöhle. — Eine durch Ruhrbazillen bedingte *Dünndarm*affektion ohne Erkrankung des Dickdarmes komme nicht vor. Die Bazillen können sich schon im Dünndarm vermehren, wirksam werden sie erst im Dickdarm. Wo gewöhnlich der fester werdende Kot die stärkste Reibung macht und, fest geworden, am längsten liegen bleibt, im Mastdarm und an den Flexurstellen, sind die schwersten Veränderungen. Stets enden sie scharf an der Ileozökalklappe. Die Krankheit sei von vornherein eine diffuse. Die Erkrankung beruhe auf „Schmutzinfektion". Die Kriegskost lasse den Darmkanal nicht unberührt; vielleicht sei doch der Reiz der Nahrung als verantwortlicher Faktor heranzuziehen.

Kadner (Dresden-Loschwitz).

365. Über diphtherieähnliche Anginen mit lymphatischer Reaktion; von R. Deussing. (D. med. Woch. 1918. Nr. 19. S. 513; Nr. 20. S. 542.)

D. beobachtete gleichzeitig 3 Fälle *außerordentlich diphtherieähnlicher Anginen nicht diphtheritischen Ursprungs.* Der Krankheitsbeginn war in allen 3 Fällen gleichartig: Schmerzen bei Bewegungen des Halses, Kopfschmerzen, Hitzegefühl Die Schmerzen, seitlich am Halse, wuchsen mit der Schwellung der dortigen Drüsen. Die Nase war verstopft, es traten Schluckbeschwerden auf, dabei bestand ziemlich schweres Krankheitsgefühl. Die Beläge im Halse waren diphtheritischen sehr ähnlich. Die Erkrankung griff vom Nasenrachenraum auf den Rachen über, führte zu Drüsenschwellungen, auch zu allgemeinen (Abdomen) und beträchtlicher Milzschwellung *ohne spezifische Intoxikationsfolge für Herz und Niere.* Blutbild: bei mäßiger bis starker Leukozytose sind die granulierten Zellen des Knochenmarkes relativ und absolut vermindert auf der Höhe der Erkrankung, während die Lymphozyten an Zahl überwiegen. Dabei findet sich unter den Lymphozyten eine große Zahl Formen, die dem normalen Blute fremd sind und durch Veränderungen des Kernes und des Protoplasma als pathologisch auffallen. Die kleinen Lymphozyten des normalen Blutes sind in der Minderzahl gegenüber den großen Lymphzellen, von denen ein Teil durch besonders großes, zu starker Basophilie neigendes Protoplasma ausgezeichnet ist: Übergänge zu echten Plasmazellen, die selbst einen verhältnismäßig großen Prozentsatz ausmachen. Einzelne Zellen sind durch abnorme Kerneinschnürung und Lappung Riederformen. Der Prozentsatz der großen Lymphozyten (auch zahlreiche Riesenlymphzyten) ist am größten auf der Höhe der Erkrankung. — Unter den Zellen des myeloischen Systems treten einzelne Myelozyten und Jugendformen der Neutrophilen auf; zahlreiche Neutrophile sind vakuolisiert. Die Roten zeigen Erscheinungen einer leichten während der Erkrankung zunehmenden, aber bald wieder ausgeglichenen Anämie. Es bestehe somit eine *Affektion des lymphatischen Apparates,* die zu den bei akuten lymphatischen Leukämien beobachteten Erscheinungen die engsten Beziehungen habe. — Der Allgemeinzustand der Kranken war nie der einer Sepsis. — Bei allen drei Fällen war Diphtherie sicher auszuschließen. Aus den Untersuchungen ließ sich nur entnehmen, daß es sich um Streptokokkeninfektionen handelte, die wahrscheinlich durch andere Arten als den gewöhnlichen Streptococcus pyogenes longus bedingt waren. Vielleicht kämen auch Mischinfektionen in Betracht.

Kadner (Dresden-Loschwitz).

366. Die histologischen Veränderungen des Pankreas infolge der chronischen Atropinvergiftung beim Tiere; von H. Arima. (Arch. f. exper. Path. u. Pharm. Bd. 83. S. 157.)

Es wurde mehr oder minder starke Abnahme der Zymogenkörner des Pankreas bei 7 von 9 mit Atropin längere Zeit injizierten Katzen beobachtet. Von diesen 7 Tieren hatten 6 vor dem Schlußexperiment über 20 Stunden gefastet und nur Wasser getrunken. Dennoch zeigten die Bauchspeicheldrüsen eine starke Verminderung der Zymogenkörner. — Die histologischen Veränderungen des Pankreas (die ausführlich mitgeteilt werden) können wohl mit denjenigen verglichen werden, wie sie sich an tätigen Drüsen finden, welche man durch verschiedene Reize (Fütterung des Tieres, Pilokarpininjektion oder Reizung des Sekretionsnerven) erhält.

Bachem (Bonn).

367. Untersuchungen über die Ätiologie der epidemischen Gelbsucht; von J. Hatiègan. (Wien. klin. Woch. 1918. Nr. 22. S. 612.)

Nach H. ist der epidemische Ikterus aus ätiologischen Gründen von der Weilschen Krankheit zu trennen. Die Spirochaete nodosa ist nicht der Erreger der ersteren. In mit der Duodenalsonde entnommener Galle fand H. ein sehr lebhaft bewegliches Stäbchen, kürzer und schlanker als das Bacterium coli und viel lebhafter beweglich als Bakterien der Gruppe Typhus, Paratyphus B. Das Bakterium wurde bei Ikteruskranken in 65% der Fälle nachgewiesen; in der Hälfte der Fälle wurde es im Blute der fiebernden Ikteruskranken gefunden; bei nicht Ikteruskranken fand es sich in der Galle nicht. Die Quelle der Infektion sei im Fleische zu suchen.

Kadner (Dresden-Loschwitz).

368. Über eine Formanomalie der Gallenblase und ihre biologischen Beziehungen; von Jul. Bartel. (Wien. klin. Woch. 1918. Nr. 22. S. 605.)

B. beobachtete bei Zusammenstellung einer größeren Reihe von Gallensteinfällen im Zusammenhange mit Fragen nach der konstitutionellen Grund-

lage der Steinbildung eine eigentümliche Anomalie der Gallenblase: die abgeknickte Kuppe, nach Art einer phrygischen Mütze, die auf entwicklungsgeschichtliche Ursachen zurückzuführen sei und als ein Anzeichen des Bestandes eines früheren Entwicklungsstadiums, einer Unreife des speziellen Organes, ja oft vielleicht in weiterer Folge der Abdominalorgane überhaupt zu gelten habe. „Daß aber die Bedeutung dieses Anzeichens abnormaler Verhältnisse gewiß nicht mit dem rein formalen Verhalten allein erschöpft sein mag, dafür können wir einen Beweis in der relativen Häufigkeit des Cholesterinsteines erblicken. Ist doch dessen Vorhandensein als Folge einer Cholesterinämie das Anzeichen einer gestörten Organfunktion, der Cholesterinstein für eine Neigung zur Cholesterindiathese ein sprechender Beweis.“ Kadner (Dresden-Loschwitz).

369. **Über Azurophilie;** von Marcello Labor. (Wien. med. Woch. 1918. Nr. 21. S. 942.)

Azurophilie — Erscheinen bzw. Zunehmen Azurgranula tragender Lymphozyten ist seiner Ursache nach unbekannt. Während bei Gesunden die normale Zahl 33% nie überstieg, fanden sich bei Tuberkulose bis 80%, und Verminderungen bis zum völligen Fehlen. Künstlich ließ sich das Phänomen nicht hervorrufen. Mit der Antikörperbildung scheinen die Azurgranula nichts zu tun zu haben. Der Typhus erzeuge deshalb konstant Azurophilie, weil er eine Krankheit mit konstanter Lymphozytose ist. Septische Erkrankungen, ebenso Pneumonie erzeugen Azurophilie nur, wenn eine *absolute* Lymphozytose vorhanden ist — über 2000 Lymphozyten im mm³ —, Malaria, besonders die tropische Form während der Latenz. Die klinische Bedeutung der Azurophilie entspricht derjenigen der sie bedingenden Leukozytose. Kadner (Dresden-Loschwitz).

370. **Über weit verbreitete Hautxanthomatose bei hochgradiger diabetischer Lipämie;** von Erich Hoffmann. (D. med. Woch. 1918. Nr. 38. S. 1050.)

25jähriger Mann mit schwerem Diabetes (6% Zucker, Azeton, Azetessigsäure und etwas Eiweiß). Gesicht und Extremitäten — hauptsächlich die Streckseiten — sind mit hirsekorn- und bohnengroßen, gelben, flachen Knötchen übersät, die leicht bluten; es besteht infolge zahlreicher Knötchen eine Phimosis xanthomatosa, auch auf Zunge, Wangenschleimhaut und Conjunctiva Knötchen. Augenhintergrund: Sämtliche Netzhautgefäße erscheinen als grauweiße Bänder. Das Blut enthält sehr viel Fett in feinster Verteilung und reichlich Cholesterinester und gibt, ohne daß Zeichen für jenes vorlägen, positive Wa. R. mit Eigenhemmung. Bei Untersuchung angeschnittener Tumoren erwiesen sich die lipoïden Einlagerungen teilweise als doppeltbrechend. Mit Hämatoxylin-Eosin gefärbte Präparate ergaben das typische Bild des Xanthoms. — Bei einigermaßen kohlehydratarmer Diät, Na. bicarbonic. und kleinen Protylingaben bildeten sich die Xanthome deutlich, aber nicht vollständig zurück, die Lipämie bestand fort, auch der Urinbefund veränderte sich nicht. Der Patient erlag einer Pleuritis mit sehr fettreichem Exsudat. Die Sektion ließ keine innere Xanthomatose erkennen, doch Fehlen oder nur spärliches Vorhandensein der Langerhansschen Inseln im Pankreas und fast völliger Rückgang der Lipämie, wohl infolge des Fiebers.

Die Xanthome sind nicht als richtige Umbildungen, sondern als durch Ablagerung lipoïder Massen entstandene Effloreszenzen zu betrachten.

Dreyfus (Straßburg).

371. **Generalisierte Xanthomatose bei Diabetes;** von O. Lubarsch. (D. med. Woch. 1918. Nr. 18. S. 484.)

Bei einem an Magen-Darmstörungen erkrankten 26jährigen Soldaten wurde ein Diabetes mit 10% Zucker festgestellt. In Neuenahr besserte sich sein Zustand wesentlich, wurde aber nach Rückkehr in den Heeresdienst wieder schlecht. Es wurde eine allgemeine Lipämie festgestellt, vergesellschaftet mit erheblicher Leberschwellung. Stark positiver Ausfall der Wassermann-Reaktion führte zur Annahme einer, wahrscheinlich angeborenen Lues. Der Mann starb bald darauf. Bei der Sektion wurde gefunden: Diabetes und verallgemeinerte Xanthomatose. Fast vollständiger Schwund der Langerhansschen Inseln. Vergrößerung der Leber. Pulpaschwellung der Milz. Lymphangitis xanthomatosa der Leberkapsel, Leber und Milz. Multiple Xanthome beider Nieren und fast aller anderen Organe. Kein Organ, auch das Pankreas nicht, zeigte diabetische Veränderungen. — Das Wesentliche bei der Xanthombildung sei die Überschwemmung der Säfte mit lipoiden Zerfallstoffen und ihre Anhäufung in den Lymphbahnen, wozu es einerseits Störungen des allgemeinen Stoffwechsels, anderseits Störungen der Lymphbewegung bedarf. Kadner (Dresden-Loschwitz).

372. **Zum Lösungsvermögen der Galle gegenüber Cholesterinsteinen;** von Robert Willhemi. (Wien. klin. Woch. 1918. Nr. 25. S. 697.)

Auf Anregung Singers suchte W. zu ermitteln, ob dem jeweiligen Sättigungsgrad der Galle an Cholesterin, der sich aus dem noch vorhandenen Lösungsvermögen gegenüber dieser Substanz ermitteln ließ, eine ausschlaggebende Bedeutung für die Konkrementbildung zukomme, und suchte zunächst festzustellen, ob die Galle Cholesterinsteine zu lösen vermag. Für Hundegalle fand sich das Vorhandensein dieses Lösungsvermögens; bei Menschengalle fielen die Versuche viel seltener positiv aus. Die Frage, ob die Cholesterinabnahme der Steine auf Lösung beruhe, war aber nicht immer mit der Zunahme des Cholesterins in der Lösung in Übereinstimmung. Versuche mit reinem kristallisierten Cholesterin und weitere mit Cholesterin in ätherischer Lösung fielen ebenfalls zum Teil negativ aus. Ein Unterschied zwischen den Gallen Gallensteinkranker und anderer bestand nicht. Es schien vielmehr ein völliges oder teilweises Fehlen von Substanzen die Stabilität dieser gesättigten, bzw. übersättigten Lösungen zu bewirken —, die eine den Schutzkolloiden ähnliche Funktion ausüben. Kadner (Dresden-Loschwitz).

373. **Kurze Mitteilungen zur Ätiologie und Prophylaxe des Kropfes;** von Bernhard. (Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte 1918. Nr. 3.)

Gegenüber der Trinkwassertheorie weist K. auf die Wichtigkeit des Lichtes und der Sonnenbestrahlung hin, die sich bei Thalbewohnern zeigt, je nachdem sie Schatten- oder Lichtseite bewohnen. Schattenbewohner sind im Anfange gedrungener, fett und phlegmatisch, die Lichtseitner schlank, hager, sehnig, lebhaft, zähe und krankheitswiderständig. Angeblich verwesen die Leichen letzterer langsamer als die der ersteren. Es werden noch weitere Unterschiede verschiedener Art beigebracht.

K. hypothesiert, daß Mangel an Licht und frischer Luft, wie es in engen Hochtälern der Fall ist, auf Kropf einwirkt. Wahrscheinlich sind dabei mehrere ätiologische Faktoren im Spiele.

Kellner (Hubertusburg).

374. Vom Kropf in der Schweiz; von Hunziker. (Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte 1918. Nr. 7 u. 8.)

Die Rekrutenrapporte der Jahre 1908—1913 in der Schweiz lassen auf 340 447 Untersuchte 24 633 wegen Kropfes zur Entlassung kommen, d. h. 7,2%, in maxima 10%, in minima 2,9% pro Jahrgang. Diese Unterschiede sind nicht durch subjektive Beurteilung entstanden, dafür zeigen sie konstante Eigenheiten.

Die verschiedenen Talstufen einzelner Täler neigen ungleich zu Kropf; die Zone der größten Häufigkeit liegt zwischen 600—1000 Meter Höhe; wo höher gelegene Gegenden besonders kropfreich sind, kommen besondere Temperaturverhältnisse in Betracht. — H. ist Gegner der Infektionstheorie und sucht den Hauptgrund für Kropf in einer Stauung der Salzzufuhr, vorzüglich im Jodmangel. Der geringe Prozentsatz Kropfiger im Waadtlande wird auf die im Trinkwasser enthaltenen Spuren von Jodmagnesium zurückgeführt. Wichtig erscheint H., daß dem Boden in der Schweiz durch den Export von Milcherzeugnissen dauernd Salze entzogen werden. Auch ist die gesamte klimatische Lage der Täler von Wichtigkeit. — In der Hauptsache bedeutet der Kropf für H. eine Arbeitshypertrophie der Thyreoiden zur Deckung des Jodgehaltes des Körpers bei knapper Jodzufuhr in der Nahrung. Er schlägt deshalb Versuche im großen vor, etwa durch Verwendung von jodhaltigem Kochsalz im Brot oder ähnliches.

Kellner (Hubertusburg).

375. Kretinismus im Nollengebiet; von Finkbeiner. (Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte 1918. Nr. 19 u. 20.)

Eine den herrschenden Anschauungen entgegengesetzte Arbeit. F. hat im obengenannten Gebiet Beobachtungen angestellt und 2% Kretine und des Kretinismus Verdächtige in der Bevölkerung gefunden, eine Zahl, welche derjenigen in Steiermark entspricht. Höchste Grade von Kretinismus fehlen, die Zahl der „Verdächtigen" ist nicht erschöpfend. Das Nollengebiet, vom „ostwärts gerichteten Thürbogen umspült", besteht aus Süßwassermolasse und Nagelfluh, hat gute Wasserversorgung, nur aushilfsweise Sodbrunnen, keine „Kropfbrunnen". Die Gegend ist *abgeschnitten vom Verkehr und kulturell rückständig.* F. legt Wert auf Rassenzugehörigkeit (Räto-Romanen) und anthropologische Charaktere. Die Rasse ist von den einwandernden Völkern in die Berge gedrängt und zahlenmäßig zurückgegangen, besonders in bezug auf die „Bürger", welche den kleinsten Volksteil (1/4) ausmachen, aber den größten Teil der der Kretinen (2/3) darstellen. Vielfach sind Zeichen körperlicher Degeneration vorhanden (keine Vergleichszahlen!). Die kleinsten Ortschaften sind am meisten abgelegen und am stärksten befallen. Inzucht und Blutverwandtschaft gibt bei den „Bürgern" den Grund zur Häufigkeit des Kretinismus ab; in der Verwandtschaft finden sich vielfach Zeichen der Entartung; durch Auswanderung rüstigerer Individuen spricht Selektion mit. Beim Ausbleiben frischer Blutzufuhr schöpfte sich der Volkscharakter aus; es blieben die *Minusvarianten* zurück.

F. lehnt die Boden-, Kropf- und Infektionstheorie ab. Wasser tritt überall auf „kropffreiem Boden" auf. Gemeinden mit dem schlechtesten Wasser hatten die wenigsten Kretinen. Trotz guter Wasserversorgung finden sich viel kretine Kinder. Der Kropf (ca. 60% der Bevölkerung!) bildet nicht das Primäre und Wesentliche der Kretine. Nicht bessere Wohnung und Wasser schwächen eine Endemie ab, sondern der Verkehr; dieser und Kretinismus schließen sich aus. Nicht der Ort, sondern die Herkunft aus kretinös belasteter Familie bedingt die Endemie.

Kellner (Hubertusburg).

376. Chemische Studien zur Physiologie und Pathologie. Zur Funktion der Schilddrüse; von E. Herzfeld u. R. Klinger. (Münchn. med. Woch. 1918. Nr. 24. S. 647.)

Nach allgemeinphysiologischen Beweisgründen ist der Schluß zu ziehen, daß das Sekret der Schilddrüse kein Eiweißkörper ist, sondern nur tiefere (dialysable) Abbauprodukte darstellt. Die strumöse Entartung der Schilddrüse ist wahrscheinlich auf eine ungenügende Autolyse des Zelleiweißes zurückzuführen. Die Rolle des Jods bei der Funktion der Drüse besteht lediglich in der Förderung der Bildung und Abgabe des Sekrets. Durch nervöse Einflüsse können die hydrolytischen Vorgänge in den Zellen der Drüse gesteigert werden.

Geppert (Hamburg).

377. Thrombosen bei der spanischen Krankheit; von O. Orth. (D. med. Woch. 1918. Nr. 47. S. 1298.)

In 4 Fällen von spanischer Krankheit sah O. Thrombosen als im Vordergrund stehende Störung. Bei zweien der Patientinnen war das Herz alteriert, in einem Falle bestand ein Leberabszeß, in dem vierten Thrombose der kleinen Arterien der Fingerspitze. Man müsse an eine thrombotische Form der Influenza denken. Kadner (Dresden-Loschwitz).

378. Zur Wienerschen Farbenreaktion des Fleckfieberharns; von P. Neukirch. (Münchn. med. Woch. 1918. Nr. 22. S. 595.)

Es wurde die Wienersche Farbenreaktion im Urin von einer großen Anzahl verschiedenartiger fieberhafter Erkrankungen nachgeprüft und sehr häufig positiv befunden, so daß nach Ansicht N.s eine Spezifität der Reaktion für Fleckfieber nicht vorliegt.

Geppert (Hamburg).

V. Innere Medizin.

379. Zwei Fälle von Überpflanzung defibrinierten Blutes; von Teske. (Münchn. med. Woch. 1918. Nr. 13. S. 353.)

T. ließ Blut von einem vorsichtig ausgesuchten Spender in ein warmes Eiterbecken einspritzen, das auf einer Schüssel mit warmem Wasser schwamm, defibrinierte das Blut und spritzte es in die Vene ein. T. bezeichnet das Verfahren als eine neue Waffe gegen die gefährlichen Kriegswundkrankheiten, das auch bei Schock nach Schußverletzungen lebensrettend wirkt. Da beim Defibrinieren viel Blut verloren geht, beabsichtigt T. künftig undefibriniertes mit Natr. citric. behandeltes Blut zu verwenden.

Kadner (Dresden-Loschwitz).

380. Über Erfahrungen bei der Röntgentiefentherapie bei inneren Krankheiten; von W. Stepp u. A. Wirth. (Therap. d. Gegenw. 1918. Nr. 5.)

Die wichtigste Indikation zur Tiefenbestrahlung geben die leukämischen Erkrankungen ab, dann kommt die Tuberkulose, und zwar vor allem die Bauchfelltuberkulose, dann die Tuberkulose des Uro-

genitalapparates und die Drüsentuberkulose. Über die Lungentuberkulose besitzen St. u. W. noch nicht genügende Erfahrung. Weniger sicher ist die Wirkung der Röntgenstrahlen beim Morbus Basedowii und bei Strumen. Die Wirkung bei chronischen Arthritiden ist oft unverkennbar.

Geppert (Hamburg).

381. **Über Terrainkuren;** von A. Jaquet. (Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte 1918. Nr. 5. S. 129.)

J. empfiehlt in der lesenswerten Arbeit angelegentlich die Verwendung von Terrainkuren in der Behandlung zahlreicher Störungen des Kreislaufapparates, vorausgesetzt, daß sie mit den nötigen Kautelen und unter ständiger Aufsicht eines erfahrenen Arztes ausgeführt werden. Eine Terrainkurkarte für Riehen und Umgebung liegt der Arbeit bei.

Kadner (Dresden-Loschwitz).

---

382. **Echter und falscher sporadischer Skorbut;** von Morawitz. (Münchn. med. Woch. 1918. Nr. 13. S. 339.)

Aus der Arbeit geht hervor, daß es sporadische Fälle von Skorbut gibt, daß aber auch Morb. maculos. Werlhofii, wenn das Zahnfleisch stark beteiligt ist, mit Skorbut verwechselt werden kann. Diese Fälle sind durch die fehlende Skorbutanamnese, die klinische Untersuchung und den Mißerfolg antiskorbutische Diätbehandlung von Skorbut zu trennen. Beide Krankheiten sind ätiologisch ganz verschieden, auch nicht miteinander verwandt. — Echter Skorbut kann auch ohne Zahnfleischerkrankung einhergehen.

Kadner (Dresden-Loschwitz).

383. **Behandlung und Schutzimpfung bei Fleckfieber mittels Vakzinierung mit Proteus X 19;** von R. Hilgermann u. W. Arnoldi. (D. med. Woch. Bd. 43. S. 1582. 1917.)

In einem Falle von Fleckfieber wurde durch intravenöse Vakzination mit Proteusvakzine typischer Temperaturabfall und Genesung bei anfänglicher großer Schwäche erzielt. Durch subkutane Schutzimpfungen gelang es schnell und leicht, einen hohen Agglutinationstiter zu erzeugen. Die Versuche konnten aus äußeren Gründen nicht fortgeführt werden. Es wird zur Nachprüfung aufgefordert.

Koenigsfeld (Freiburg).

384. **Paratyphus A;** von J. Pelnář. (Časopis lékařův českých. 1917. Nr. 51.)

Epidemiologisch und pathologisch-anatomisch bietet der Paratyphus A dasselbe Verhalten wie der Abdominaltyphus und die anderen Paratyphen. Klinisch steht er dem Bauchtyphus am nächsten. Er unterscheidet sich von diesem durch folgende Symptome: akuter, meist prodromloser Beginn, frühzeitiger, schmerzhafter Milztumor, kürzeres Fieberstadium, intermittierender Fieberverlauf, reichliche, oft quaddelförmige Roseola, Herpes (in $^1/_3$ der Fälle) und Fehlen subnormaler Temperaturen und der Bradykardie im apyretischen Stadium. Sowie der Bac. paratyphi A dem Eberthschen Bazillus am nächsten steht, ohne bis jetzt seine pathogenetische Wirksamkeit vollständig verloren zu haben, steht auch die durch ihn hervorgerufene Krankheit dem Abdominaltyphus am nächsten, ohne die Hauptsymptome des Paratyphus überhaupt vermissen zu lassen.

Mühlstein (Prag).

385. **Über gehäuft auftretende Kolibazillosen mit paratyphusartigem Krankheitsverlaufe.** I. von Franz Steiner; II. von Rob. Neustadtl. (Wien. klin. Woch. 1918. Nr. 15. S. 417.)

St. beobachtete eine Anzahl Krankheitsfälle, die sich als paratyphusartig darstellten, sich in keine bekannte Krankheitskategorie einreihen ließen, und erst später als durch Bacterium coli, Bacterium paracoli oder Kombination dieser Keime bedingt erschienen, und zu denen vielleicht auch die lästigen, wenn auch ungefährlichen Sommerdiarrhöen zu zählen seien. Die darangeknüpften Bemerkungen und die von N. ausgeführten Untersuchungen sind im Original nachzulesen. (Kriegskürzung des Berichtes.)

Kadner (Dresden-Loschwitz).

386. **Beitrag zur Klinik und Bakteriologie der Ruhr;** von L. Keck. (Zeitschr. f. Hyg. u. Inf. Bd. 86. H. 2. S. 277. 1918.)

Die Unterscheidung der Shiga-Kruse- und der Flexner-Ruhr in toxische und atoxische läßt sich nicht durchführen. Für die Y-Agglutination ist der Titer 1 : 200 + als beweisend anzusehen, nicht jedoch die Flockungen, die mit der Lupe erkennbar sind. Bei der Shiga-Kruse-Ruhr ist der Titer 1 : 100 + maßgebend und auch die mit der Lupe erkennbare Flockung zu verwerten.

Fischer-Defoy (Dresden).

387. **Le salvarsan peut-il remplacer l'émétine dans le traitement de la Dysenterie amibienne?** par F. Heim. (Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte 1918. Nr. 9. S. 282.)

Aus Krankenbeobachtungen schließt H.: In gewissen Fällen der *Amöben-Dysenterie* zeigt sich das Salvarsan dem Emetin überlegen, und umgekehrt. Diese Wirkungsverschiedenheit beruht auf der Verschiedenheit der klinischen Formen: Das Salvarsan ist bei der reinen Enteritis wirksamer, weniger wirksam bei den Leberkomplikationen. Das Salvarsan soll zunächst rektal angewandt werden, auf dem intravenösen Wege nur, wenn die Infektion die Grenze des Dickdarms überschritten hat. Die beiden Mittel sind nur in sehr widerharigen Fällen zu kombinieren. Jeder Amöbenträger soll preventiv behandelt werden, auch wenn er keine aktiven Erscheinungen darbietet. Kadner (Dresden-Loschwitz).

388. **Wutschutzimpfung und Paraplegien;** von Papamarku. (Zeitschr. f. Hyg. u. Inf. Bd. 86. H. 1. 1918.)

Als direkte Folge der Kaninchenlyssa, mithin der Wutschutzimpfung, treten bisweilen Paraplegien auf, und zwar um so häufiger, je intensiver die Behandlung ist; nervös stark beanspruchte Menschen, wie Geistesarbeiter sowie Feldsoldaten, werden bevorzugt. Fischer-Defoy (Dresden).

---

389. **Prophylaxis du goitre;** von C. Roux. (Revue méd. de la Suisse rom. 1918. Nr. 5. S. 293.)

Für den endemischen Kropf ist die minimalste dauernde Jodaufnahme von Jugend auf notwendig, denn Jod allein vermag prophylaktisch zu wirken. Dies muß von der ganzen bedrohten Bevölkerung von Kindheit an genommen werden. Die R.sche Poliklinik verabreicht den Kindern kleine jodhaltige Amulette und Medaillons von dem Gedanken ausgehend, daß die Atmungsluft jodisiert sein soll.

von Noorden (Bad Homburg).

390. **Kasuistische Beiträge zur Kenntnis der Wirkung des Hochgebirgsklimas auf das Asthma der Kinder;** von A. von Planta. (Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte 1918. Nr. 13. S. 408.)

Auf Grund seiner Erfahrungen, die von Pl. u. a. an der Hand von Fragebogen gesammelt hat, kommt er zu dem Schlusse, daß das Hochgebirge das rationellste Mittel zur Bekämpfung des bronchialen Asthmas der Kinder bildet. Nach den Erhebungen blieben 39% rezidivfrei, bei den anderen wurde entweder eine Besserung erzielt oder sie wurden — zum geringen Teil — wieder rückfällig. Der Allgemeinzustand besserte sich, insbesondere wurde eine günstige Wirkung auf die Haut und die Lymphdrüsen gesehen. In der Mehrzahl der geheilten Fälle schien der Erfolg von Dauer zu sein. Während der Kur (Sanatorium Belmunt, St. Moritz), die allerdings bis zu 2½ Jahren dauerte, fand neben der Körpergewichtszunahme auch eine Vermehrung der Lungenkapazität statt. Die Akklimatisation ging ohne Störungen vor sich. Brachten einheimische (St. Moritzer) Kinder mit exsudativer Diathese einen längeren Aufenthalt im Tieflande zu, so traten asthmatische Erscheinungen auf, die sich nach der Rückkehr ins Hochgebirge wieder verloren.

Die einzelnen Fälle sind aus den kurzen Krankengeschichten und den angefügten Tabellen zu ersehen. Bachem (Bonn).

391. **Bradykardie bei akuten schweren Halsmarkaffektionen;** von E. Schott. (D. Arch. f. klin. Med. 1917. Nr. 122. S. 58.)

Bei 3 Soldaten mit Schußverletzung des Halsmarks beobachtete Sch. tagelang anhaltende Bradykardien von etwa 30 Schlägen, die durch Atropin nicht beeinflußt wurden. Die Sektionen ergaben normalen Herzbefund, auch das Reizleitungssystem war makroskopisch intakt. Bei Hunden konnte Sch. durch Druck auf das Halsmark eine bisweilen nur kurzdauernde und unerhebliche Pulsverlangsamung hervorrufen. Nach Durchschneidung der Vagi bleibt diese Wirkung aus. Es handelt sich also um einen durch die Reizung des Halsmarks bedingten Erregungszustand des Vaguszentrums.

Kankeleit (München).

392. **Perikarditische Verkalkungen;** von E. F. Mueller. (Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. 1918. Nr. 25. S. 231.)

Da durch die anatomische Untersuchung der Beginn einer Herzbeutelverkalkung an der Außen- und Vorderseite des rechten Ventrikels zu suchen ist, muß bei der klinischen Möglichkeit einer solchen Erkrankung versucht werden, die rechte Außenseite des Herzens möglichst vom Zwerchfellschatten frei auf die Platte zu bringen. Besteht eine solche Möglichkeit nicht, so kann am Lebenden eine beginnende Herzbeutelverkalkung nicht mit unbedingter Sicherheit ausgeschlossen werden. Zeigt dagegen die Röntgenaufnahme bereits auf der linken Seite des Herzens Kalkherde am Perikard, so ist mit einem relativ vorgeschrittenen Krankheitsprozeß zu rechnen, selbst wenn es nicht gelingt, auch über der rechten Seite Kalkherde sichtbar zu machen. Will man auch die Therapie des Panzerherzens mit wenigen Worten behandeln, so muß man, selbst bei den allerersten Anfängen aus der ganzen Art der pathologischen Vorgänge und der anatomischen Bilder folgern, daß eine Beeinflussung dieses Inkrustationsprozesses, der ja beinahe einer Art physiologischer Gegenwirkung des Körpers gleichzusetzen ist, niemals möglich sein wird. Dagegen wird die Unterstützung des Körpers bei der Bildung eines möglichst starken, wenn auch hypertrophischen Herzmuskels die drohende Dekompensation hinausschieben und so das Leben des befallenen Individuums vielleicht verlängern können.

Kautz (Hamburg).

393. **Zur Pathologie der herzbeschleunigenden Nerven. (Tachykardie; Blutdruck-exspiratorische Dyspnöe);** von J. Pal. (Med. Klin. 1917. Nr. 30. S. 1016.)

Es gibt tachykardische Anfälle, die durch mechanische Reizung der NN. accelerantes entstehen. Wir begegnen solchen in Fällen von Lungentuberkulose, bei Pneumonien im Oberlappen, bei Neubildungen mit Metastasen in der Nachbarschaft des Nerven.

Eine ungünstige Blutverteilung, Stauung im großen Kreislauf, mindere Füllung des Raumes und peripheren Arterien wird im tachykardischen Anfall durch gleichzeitiges Schlagen vom Vorhof und Kammern herbeigeführt, jedoch entsteht nicht unbedingt eine Herabsetzung des Blutdrucks.

Gelegentlich wird durch Reizung des Sympathikus in den obersten Dorsalsegmenten mit der Tachykardie eine exspiratorische Dyspnöe ausgelöst, die an die Atmungsform bei Asthma bronchiale erinnert.

Cordes (Berlin).

394. **Die Nachbehandlung des Hämothorax;** von Ernst Altstaedt. (D. med. Woch. 1918. Nr. 16. S. 434.)

Die als Folgen des Hämothorax auftretenden Dislokationen der Brusteingeweide werden nach A. beeinflußt, bzw. beseitigt durch medikomechanische Behandlung, Diathermie und Phrenikusfaradisation. Die Wirkungen der beiden ersteren Methoden sind bekannt, weniger die der Faradisation des Phrenikus. Tornai suchte durch elektrische Reizung des Halsphrenikus eine kräftige Kontraktion des Zwerchfells der betreffenden Seite zu erzielen. Diese läßt sich vor dem Röntgenschirm kontrollieren. Durch sie und die Kontraktion der Hilfsatemmuskeln wird eine tiefe Einatmung bewirkt. (Folgen ausführlichere Anweisungen.) In 2—3 Monaten lassen sich beachtenswerte Resultate erzielen.

Kadner (Dresden-Loschwitz).

---

395. **Eine von Angina ausgehende Streptokokken-Hausendemie der Atmungsorgane in der Universitäts-Frauenklinik in Bonn;** von Marga Wolf. (Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gyn. Bd. 80. S. 309. 1918.)

Ausführliche Bearbeitung. Die Erkrankungen der Schwangeren und Wöchnerinnen waren sehr viel schwerer wie die der gynäkologisch Operierten: Bronchiolitis, Bronchopneumonien, lobäre Pneumonien mit Todesfällen, auch hämatogene Appendizitis, Salpingitis, Parametritis kamen vor.

Klien (Leipzig).

396. **Über zytologische und Magensaftuntersuchungen in der Rekonvaleszenz von Paratyphus und Ruhr;** von Büllmann. (Med. Klin. 1918. Nr. 20. S. 495.)

Der Umstand, daß Leute nach Paratyphus sich körperlich auffallend langsam erholen, gab B. Veranlassung, bei Solchen *Magensaftbestimmungen und Beobachtungen der Blutbilder auszuführen.* Die ersteren erwiesen sich als nicht verwendbar. Die Betrachtung der Blutbilder aber ergab, daß *nicht,* wie zu erwarten war, eine *postinfektiöse Lymphozytose* und beginnende *Vermehrung der Eosinophilen* be-

stand, sondern in 77% der Fälle ein *Fortbestehen der infektiösen Leukozytose* im Sinne einer Vermehrung der polymorphkernigen neutrophilen Leukozyten, einer Lymphopenie und eines Absinkens der Eosinophilen weit ins postinfektiöse Stadium hinein. Ein Vergleich mit 8 Ruhrkranken zeigte bei diesen, daß 7 normale Magenazidität hatten; nur einer war anazid. Das Blutbild ergab: normale Erythrozytenzahl in allen Fällen, bei drei Kranken Vermehrung der weißen Zellen — völlig normales Blutbild.

Kadner (Dresden-Loschwitz).

397. **Über einen Fall von Schellackstein im Magen**; von Wilhelm Wendt. (Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 30. H. 4 u. 5. S. 613.)

Der Magen war vollkomemn gefüllt von einem grünbraunen, 380 g schweren Konkrement, das einen getreuen Ausguß des kontrahierten Magens bildet. Die Entstehungsursache der Schellacksteine ist noch nicht einwandfrei erklärt. Vielleicht ist die Säuremenge des Magensaftes von Einfluß, so daß bei dem chemischen Verhalten des Schellacks gegen Säuren eine Fällung nur im hyperaziden Magensaft vorkommt. von Noorden (Bad Homburg).

398. **Spontanheilung beim Karzinom, insbesondere beim Magenkarzinom**; von Konjetzny. (Münchn. med. Woch. 1918. Nr. 11. S. 292.)

Über die Ursache der beobachteten spontanen Rückbildung autochthoner und verschleppter Krebszellen ist allgemein Gültiges noch nicht auszusagen. Granulationsgewebe und lymphozytöse Elemente, also ein aktives Vordringen der Gewebe, wurde beobachtet. Manches ausgebliebene Rezidiv nach Entfernung des Haupttumors mag hierauf beruhen, sodaß eine allzu pessimistische Stimmung auch bei Metastasen nicht überhand zu nehmen braucht. Solche Rückbildung ist eine Spontanheilung durch die eigenen Kräfte und Säfte des Körpers. Ein Fall von Magenkarzinom mit Netzmetastasen, der in $1^1/_2$-jähr. Abstand laparotomiert wurde, stützt die Annahme solcher vorkommenden Heilungen.

von Noorden (Bad Homburg).

399. **Meteorismus als Frühsymptom bei Leberzirrhosen**; von Robert Meyer. (Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 30. H. 4 u. 5. S. 689.)

Leberzirrhosen in ihren Anfangsstadien verlaufen unter dem Bilde von schmerzhafter Spannung und Auftreibung des Bauches und Lendenschmerzen. Zuweilen liegen Magenkrämpfe vor. Potus wird meist zugegeben. Es findet sich klinisch: Meteorismus, häufig harte und fühlbare Milz, mitunter harter Rand der vergrößerten und verkleinerten fühlbaren Leber. Endlich tritt Aszites auf. Das Krankheitsbild kann zur Fehldiagnose Veranlassung geben. — Sieben Fälle werden besprochen.

von Noorden (Bad Homburg).

400. **Zur Pathologie und Therapie der gutartigen Choledochusstenosen anläßlich eines operierten Falles**; von Abraham Troell. (Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 30. H. 4 u. 5. S. 545.)

Eingehende Beurteilung eines zur Stenosierung führenden Falles mit entzündlicher (nach Typhus) und traumatischer (Umstechung) Ätiologie. Entzündliche Ursachen dieser Art werden schon von Mathieu geltend gemacht.

von Noorden (Bad Homburg).

401. **Über merkwürdige Fälle von Fremdkörpern des Magendarmkanales**; von Ahreiner. (Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 30. H. 4 u. 5. S. 568.)

Die große Liste von Fremdkörpern, welche irgendwie in den Verdauungsapparat gelangen, wird um 4 Fälle vermehrt. Davon gewinnt eine Darmrandgräte besonderes Interesse, da sie bei der Operation sozusagen auf der Durchwanderung ertappt wurde. Der Reiz hatte zu einem förmlichen entzündlichen Tumor der Darmwand geführt. Die Lit.-Besprechung zeigt, daß die Fremdkörperliga unendlich groß und mannigfach ist.

von Noorden (Bad Homburg).

402. **Diverticulite de la Sigmoide (son diagnostic et ses suites)**; von C. Krafft. (Revue méd. de la Suisse rom. Nr. 5. S. 325.)

Über die Dickdarmdivertikel in der Sigmoidalgegend ist zu sagen, daß die unter ähnlichen Symptomen links, wie Appendixerkrankung rechts auftreten können. Die Chronizität, Ileus-Erscheinungen und Blutungen, auch Stenosenanzeichen erfordern selbst Dickdarmdivertikel mit Karzinom. Durchbrüche in die Blase sind beobachtet. Rektoskopie und Radiographie kann diagonal sehr nützlich sein. Die Therapie erstreckt sich über das weite Feld von medikamentöser Behandlung bis zur Anlegung des künstlichen Afters. von Noorden (Bad Homburg).

---

403. **Tuberkulosebekämpfung**; von Kraus. (Zeitschr. f. Tuberkul. Bd. 29. H. 2.)

Die Fürsorgemaßnahmen wirken in viel weiteren Kreisen als etwa die Heilstättenbehandlung, und sollten deshalb weiter ausgebaut werden. Auch die Ärzte sollen mehr als bisher dabei mitwirken. Die Fürsorge und auch die spezifische Behandlung sollten schon im Kindesalter, in dem ja meist schon die Infektion erfolgt, einsetzen. Wohnungsfürsorge, Heilstätten- und Krankenhausbehandlung müssen sich ergänzen. Eine Zentralisierung und Verstaatlichung der Bekämpfungsmaßnahmen ist anzustreben. Die richtige Begutachtung der Phthise unter Anwendung aller zu Gebote stehenden diagnostischen Mittel ist für die Auswahl der Bekämpfungsmaßnahmen von größter Wichtigkeit.

Fränkel (Heidelberg).

404. **Einige neuere Gesichtspunkte der Tuberkulosebekämpfung**; von Neufeld. (Zeitschr. f. Tuberkul. Bd. 29. H. 2.)

Neben einer Besserung der sozialen Verhältnisse spielt die „spezifische" Wohnungshygiene eine große Rolle. Vor allem ist es wichtig, die Umgebung — insbesondere die Kinder — vor der Tröpfcheninfektion durch Belehrung des Kranken und seiner Umgebung zu schützen. Die Schmierinfektion der Kinder ist in tuberkulösen Familien seltener, weil diese meist vorher durch die Tröpfcheninfektion bedroht sind. Bei Wohnungswechsel dagegen ist schon wegen der Gefahr einer Schmierinfektion die Desinfektion der Zimmer am Platze. Ärztliche und Laienfürsorge dürfen nicht getrennt werden. Trotzdem die Zahl der Tuberkuloseinfektionen nicht abnimmt, vermindert sich die der Erkrankungen. Ambulante Tuberkulinbehandlung der Infizierten (drüsenkranke Kinder) wird empfohlen. Ebenso empfiehlt sich die Absonderung der schwer hustenden Tuberkulösen. Diese ließe sich insbesondere bei Kranken durchführen, die aus dem Heeresdienste entlassen werden sollen. Bei uns besteht sicher eine z. T. erworbene, z. T. ererbte Immunität, die in den Kolonien fehlt. Deshalb

sollte dort die Tuberkuloseforschung und Prophylaxe systemastich betrieben werden. Ein Merkblatt über Entstehung und Übertragung der Tuberkulose ist beigefügt. Fränkel (Heidelberg).

405. **Die Außerbettbehandlung der Lungenblutung;** von Wilhelm Neumann. (D. med. Woch. 1918. Nr. 15. S. 406.)

Bei einem Phthisiker traten Lungenblutungen auf. Um sie zum Stehen zu bringen, wurde Bettruhe verordnet. In fünf Nächten hintereinander traten selbst bei erhöhtem Oberkörper neue Blutungen auf. Darauf blieb der Kranke konsequent außer Bett. Nach weniger als 2mal 24 Stunden verschwand das Blut aus dem Auswurf völlig. Ähnliches beobachtete Jessen (Münchn. med. Woch. 1916, Nr. 24) und Bang (Beitr. z. Klin. d. Tub. 37. 1917). „Die Gründe für diese Tatsachen sind noch zu erforschen."
Kadner (Dresden-Loschwitz).

406. **Prognostischer und therapeutischer Wert der Kutanimpfungen mit Alt-Tuberkulin und Partial-Antigenen nach Deycke-Much;** von G. Gáli. (D. med. Woch. 1918 Nr. 8. S. 208.)

Seine Untersuchungen führte Gáli mit der Technik Sahlis aus und zwar an je 100 Patienten. Alttuberkulin einerseits, das die drei Partialantigene zugleich enthaltende Präparat M. Tb. R. anderseits, wurde in die Haut des Oberarmes des Patienten gebracht in Konzentrationen von 0,5% bis 64% derart, daß jede Konzentration doppelt so hoch war als die vorhergehende. — Die A. T. K.-Reaktionen waren intensiver. Der Kardinalunterschied zwischen beiden Präparaten liegt darin, daß das Tuberkulin neben der produktiven Entzündung auch Exsudation — Blasenbildung, dem Stratum pupillare entsprechend, hervorruft, der M. Tb. R. nicht, was wahrscheinlich darauf beruht, daß in letzterem der Much'sche Giftstoff fehlt. Die erste Anwendung beider Reaktionen läßt keinerlei prognostischen Schluß zu. Anergie gutartiger Fälle ist auf zeitweiligen Antikörpermangel zurückzuführen, Reaktion der bösartigen Fälle auf das erste Mal auf den Anmarsch der letzten Antikörper. — Die systematisch mit verschiedenen Konzentrationen durchgeführten Kutanimpfungen geben ein klares Bild von großer prognostischer Bedeutung. Die des M. Tb. R. ist noch größer als die des Alttuberkulins, da es rein, ohne die Immunität schädigende Stoffe, sämtliche Bestandteile der Tuberkelbazillen enthält, die zur Erzeugung der Immunität notwendig sind. Dies das Wichtigste aus der interessanten Arbeit, zu deren Kenntnisnahme angeregt sei.
Kadner (Dresden-Loschwitz).

407. **Vierjährige Erfahrungen mit dem Friedmannschen Tuberkulosemittel;** von R. Goepel. (D. Zeitschr. f. Chir. Bd. 144. H. 1 u. 2. S. 1. 1918.)

Das Friedemannsche Mittel ist ein streng spezifisches Heilmittel für die Tuberkulose des Menschen. Das wird bewiesen durch die regelmäßige Abhängigkeit der Heilwirkung von dem Fortbestehen oder dem Stocken der Resorption des Impfstoffes sowie durch das nur seltene Ausbleiben einer solchen in denjenigen besonders frischen Fällen, in denen der Impfstoff ohne entzündliche Einschmelzung wirklich zu restloser Aufnahme kommt. Das Friedemannsche Mittel ist bei richtiger Anwendung unschädlich, und zwar, wie vierjährige Beobachtungen ergeben haben, dauernd unschädlich. Die besten therapeutischen Erfolge unter den chirurgischen Tuberkulosen geben frische Fälle, besonders frische Gelenkfälle, Rippen- und Brustbeintuberkulose, frische und ältere Wirbelsäulen-, Genital-, Brustdrüsentuberkulose und tuberkulöse Mastdarmfisteln. Ein gleich günstiger Einfluß ist bei beginnender Lungentuberkulose und frischen Nachschüben älterer Lungenaffektionen zu beachten. Langsamer und unvollkommener sind die Resultate bei fortgeschrittenen, veralteten und besonders narbig torpiden Krankheitsformen. Auszuschließen von der Behandlung sind kachektische Kranke, vorgeschrittene Tuberkulöse und solche mit allgemeiner Tuberkulose (Meningitis) oder multiplen, schweren, tuberkulösen Herden. Entsprechend der langsamen Auswirkung und der langen Nachwirkung der lebenden Friedemann'schen Vakzine läßt sich ein abschließendes Urteil über die Wirkung der Impfung erst nach vielen Monaten, ja selbst Jahren abgeben. Die therapeutischen Erfolge gerade in frischen Fällen, die Unschädlichkeit und die lange Nachwirkung berechtigen zu der Aussicht, daß das Friedemannsche Mittel bei Neugeborenen Schutzwirkung gegen Tuberkulose auszuüben vermag. Wagner (Leipzig).

408. **Weitere Versuche mit Nöhrings Heilmittel gegen Tuberkulose B IV;** von Voltzenlogel. (Zeitschr. f. Tuberkul. Bd. 29. H. 2.)

Eine unmittelbare Fieberreaktion nach den Injektionen war selten, Lokalreaktionen innerhalb 24 Stunden häufig. Außer den lokalen Infiltraten wurde Hustenreiz, Brustschmerz und bei 25% der Fälle Durchfall beobachtet. Der Erfolg befriedigte weder bei den schweren, noch bei den leichteren Fällen; nur wenige Patienten wurden im Laufe der Behandlung bazillenfrei. Besserer Erfolg der Kur wurde bei den Fällen von geschlossener Tuberkulose beobachtet. Auf Drüsentuberkulose war überhaupt kein Einfluß nachweisbar. Fränkel (Heidelberg).

409. **Menthol-Eukalyptol-Injektionen bei Tuberkulose;** von R. Lubojacký. (Časopis lékařův českých. 1918. Nr 5.)

Erfahrungen mit der Methode von Berliner bei 40 Fällen von Lungentuberkulose ergaben folgendes: Die Injektionen werden gut vertragen. Eine Schädigung der Kranken kann vermieden werden. Nach den Injektionen nehmen Leukozytose und Lymphozytose zu, besonders bei den sich bessernden Fällen. Bei vielen Fällen tritt subjektive Besserung ein, bei einigen nehmen die Beschwerden zu (Brennen und Trockenheit im Halse, Appetitlosigkeit, Brechreiz, trockener Husten). Einen spezifischen Einfluß besitzen die Menthol-Eukalyptol-Injektionen nicht. Die objektive Besserung — Abnahme der Bazillen, der Rasselgeräusche, Gewichtszunahme) sind auf hygienisch-diätetische Maßnahmen, Sonne, freie Luft zurückzuführen. Mühlstein (im Felde).

410. **Behandlung von chirurgischer Tuberkulose mit Tuberkelbazillenvakzine (Tebecin Dostal);** von Dostal u. Sahler. (Wien. klin. Woch. 1918. Nr. 14.)

Die Bazillen, welche zur Gewinnung der Vakzine verwendet werden, wurden auf Glykosid-Saponinnährböden gezüchtet, und verlieren so ihre Säurefestigkeit. Sie wachsen dann auf glycerinfreien Nährböden, sind nicht pathogen, und bilden Sporen. Es gelingt, damit Versuchstiere gegen pathogene, säurefeste Stämme zu immunisieren.

Nach 12—24 Stunden wachsen sie als zarter Rasen, der in NaCl-Lösung verdünnt und bei 110° sterilisiert wird. Von dem Präparat, das *Tebecin* genannt wurde, werden 0.1 bis 2 ccm injiziert. Es wird sub-

kutan bei allen Formen der Tuberkulose angewendet. Ein abschließendes Urteil über seine Wirkung bei chirurgischer Tuberkulose ist auf Grund der vorliegenden Beobachtungen noch nicht möglich. Jedoch ermutigen die bisherigen Erfolge zur Prüfung an einem größeren Material.

Fränkel (Heidelberg).

411. **Zur eiweißarmen Diät bei akuter Nierenentzündung;** von E. Wossidlow. (Zeitschr. f. phys. u. diät. Ther. 1918. H. 1. S. 9.)

W. wandte bei einer größeren Zahl von Nierenkranken eine Diät an, deren Eiweißgehalt weit unter 50 g täglich bleibt; es haben sich 4 Gruppen dieser Diät herausgebildet: 1. Form: Die Kranken erhalten an 2 aufeinanderfolgenden Tagen nur je 1500 g soweit gesüßten Tee, daß der Kalorienwert etwa 150 Kalorien beträgt. 2. Form: 600 g Zucker und 500 g Haferschleim (7,5 Eiweiß, 0,5 Salz 2500 Kalorien; *Zuckerdiät*). 3. Form: 600 g Grießbrei, 500 g Schleimsuppe, 100 g Zucker, 100 g Butter (Eiweißgehalt 16,9 g, Kochsalz 0,8 g, etwa 2050 Kalorien; *Grießdiät*). 4. Form: 300 g Suppe, 300 g Schleim, 200 g Gemüse, 100 g Kartoffel, 100 g Butter (35 g Eiweiß, 1,4 g Kochsalz 2000 Kalorien; *Gemüsediät*). Bei dieser Diät sank in einem geschilderten Falle die Eiweißmenge von 24‰ auf 6‰ bei Zurückgehen der Formelemente im Harn und der Ödeme. Die Harnstoffausscheidung zeigt steigende Tendenz, sie überschreitet bald die dem eingeführten Eiweiß entsprechenden Werte. Die Besserung schreitet, allerdings langsam, aber in erwünschter Weise fort. Der Fall war eine Glomerulonephritis. Auch bei Fällen mit stark nephritischem Einschlag erwies sich die Methode nützlich. — Das Selbststudium der Arbeit sei anempfohlen.

Kadner (Dresden-Loschwitz).

412. **Klinische Beiträge zur Pathologie der Nephritis;** von G. Singer. (Wien. med. Woch. 1918. Nr. 29. S. 1297.)

S. hebt hervor, daß in der *Ätiologie der Nephritiden*, und zwar der Glomerulonephritis und der Mischformen (Volhard) die *Erkrankungen der Tonsillen eine große Rolle* spielen können. Nicht nur im akuten, sondern auch im subakuten Stadium solcher führe die Tonsillektomie oft einen Stillstand des Nierenprozesses oder wenigstens eine bedeutende Besserung desselben herbei. Daß auch bei akuten Nachschüben vorgeschrittener chronischer Nierenerkrankungen diese Wirkung zu beobachten ist, weist S. an 2 Fällen nach. Diese Tatsache sei auch von Bedeutung für die Prophylaxe der Nephritis im jugendlichen Alter. Durch die Nahrungsbeschränkung infolge des Krieges war S. gezwungen, die Nephritiker fast ohne Milch, vegetarisch mit Zubußen von Kohlehydraten und einem Kaloriengehalt von durchschnittlich 1600 Kalorien zu behandeln. Bei Bettruhe erlitten die Nephritiker dabei keinen Schaden an ihrem Körperbestand und die Krankheit heilte gut aus. Interessantes sagt S. über präurämische Störungen, die Therapie der Urämie (Aderlaß) und die Wirkung der Lumbalpunktion.

Kadner (Dresden-Loschwitz).

413. **Über den jetzigen Stand unserer anatomischen Kenntnisse der Nephritis und Nephropathien.** (Münchn. med. Woch. 1918. Nr. 11. S. 283.)

Ein glänzendes Referat über die Nierenkrankheiten vom Standpunkt des Pathologen wird vorgelegt, an dem wohl niemand vorbeigehen kann, der sich zeitig mit Nierenleiden beschäftigt. Ein Auszugsreferat verträgt das weit bis Bartels Zeiten rückschauende und ausschauende Referat nicht. Herausgehoben sei nur, daß Verf. die sog. Kriegsnephritis fast ausnahmslos, wie auch Aufrecht, den ätiologisch bekannten und unbekannten Glomerulonephritiden, die in der Scharlachnephritis ihren typischsten Vertreter finden, zuweist.

von Noorden (Bad Homburg).

414. **Erfahrungen über Feldnephritis und ihre Behandlung;** von Goldscheider. (Zeitschr. f. phys. u. diät. Ther. 1917. H. 11. S. 321.)

Das Krankheitsbild der Kriegsnephritis deutet nach G. durchaus auf *Infektion:* Fieber, zuweilen Frost, vereinzelt Herpes labialis, Bronchitis, gelegentlich Pneumonie; Milzschwellung, autoptisch frische Schwellung der Mesenterialdrüsen, hin und wieder Empyem, Peritonitis usw., häufig Mandelentzündung, akut oder chronisch (mehr als $^1/_3$ der Fälle G.s). Wahrscheinlich nehmen Mikroorganismen, die Nephritis erzeugen, sehr gewöhnlich ihren Weg durch die Mandeln, mit oder ohne dort Reaktionserscheinungen hervorzurufen. Nährschäden kommen nur unterstützend in Betracht, gar nicht eine Schwächung der Widerstandsfähigkeit durch die lange Dauer des Feldzuges. Auch eine aufsteigende Zysto-Pyelitis liegt nicht vor, eher kann die Infektion der Nieren absteigend eine Pyelitis nach sich ziehen. — Die Erkrankten sind in schonendster Weise zu transportieren und warm zu halten! Im ersten Stadium sind Transporte zu vermeiden. Zunächst Verpflegung im nächsten Lazarett, bis die akuten Erscheinungen abgeklungen sind, dann im Feldlazarett, bis nur noch Spuren von Eiweiß und wenig Formelemente, namentlich wenig rote Blutkörperchen im Harn ausgeschieden werden. Dann sollen die Kranken in die Nierengenesungsanstalt der betr. Armee gelangen, wo sie genesen sollen, oder von wo die chronisch verlaufenden Fälle in die Heimat gesandt werden. Die Genesenen werden einer besonderen Genesungsabteilung zugeführt. (Es folgen wichtige Ausführungen über die empfohlenen therapeutischen Maßnahmen.)

Kadner (Dresden-Loschwitz).

415. **Über Wesen und Behandlung der Brightschen Nierenkrankheiten;** von F. Volhard. (D. med. Woch. 1918. Nr. 15. S. 393; Nr. 16. S. 428.)

V. spricht über die Nierenkrankheiten der inneren Medizin, die man als hämatogene oder auch als deszendierende (F. Müller) bezeichnet hat, und die man unter dem Namen der Bright'schen Krankheiten zusammenfassen kann: akute parenchymatöse, chronisch parenchymatöse und chronisch interstitielle Formen. Kardinalsymptom für die ersten ist die Hämaturie, für die zweiten die Neigung zu Ödemen, für die dritten die Blutdrucksteigerung, anatomische Merkmale sind die Blutungen in der Niere, die Parenchymdegeneration und die Gefäßveränderungen. Alle drei Formen können nun verschiedene Verlaufsarten derselben pathogenetischen Einheit, nämlich der diffusen Glomerulonephritis sein, von jeder muß aber eine zweite abgetrennt werden, die — jede für sich — eine selbständige pathogenetische Einheit darstellt. Dadurch werden erhalten 3 monosymptomatische Formen: die Nephrose, die Herdnephritis und die Sklerose und eine polysymptomatische, die diffuse Glomerulonephritis. Das Kardinalsymptom der *Nephrose* ist die Neigung zu hochgradiger Wassersucht und das Fehlen von Blutdrucksteigerung und Hämaturie; histologisch besteht *primäre* Degeneration des Epithels der Glomeruli *und* insbesondere der Tubuli (hyalin-tropfige, fettige oder lipoide Degeneration) bei gut erhaltener Durchblutung der Glomeruli

(Ätiologie Lues, Diphtherie, Tuberkulose — aber auch genuine Nephrose ohne bekannte Ätiologie). Krankheitsverlauf ungemein chronisch, jahrelange Neigung zu Ödemen, mächtige Albuminurie von 5—10‰, wobei die Kranken völlig erwerbsfähig sein können. — Das Kardinalsymptom der *Herdnephritis* ist die Hämaturie bei Fehlen von Blutdrucksteigerung und Ödembereitschaft. Das Wesen der Erkrankung besteht in mykotischer Schädigung einzelner Glomerulischlingen oder ganzer Glomeruli einer oder beider Nieren in kleinzelligen, interstitiellen Infiltraten, infolge von embolischer Verschleppung von Keimen in die Glomeruli oder die intertubulären Kapillaren: embolial-infektiöse herdförmige Nephritis durch Haftenbleiben von Mikroben. — Das Kardinalsymptom der Sklerose ist die Hypertonie; primäre arteriosklerotische Erkrankung der Nierenarterien, die auch ohne allgemeine Ateriosklerose vorkommen kann. Die Blutdrucksteigerung beruht auf Vermehrung der Widerstände in der Nierenstrombahn. — Die diffuse Glomerulonephritis (wozu auch die Feldnephritis gehört) kann jedes drei Kardinalsymptome der vorgenannten Formen zeigen. Es handelt sich nicht eigentlich um Entzündung der Niere. Das Wesentliche ist eine *Blutleere aller Glomeruli beider Nieren* und der kleinsten Gefäße. Gestaltung des histologischen Bildes und klinischen Verlaufes hängt wesentlich von der Dauer des Zustandes ab. Die Krankheit heilt aus, sobald die Zirkulationsstörung in der Niere sich bessert, sie wird, wenn dies nicht geschieht, chronisch. Die wichtigste Aufgabe ist, die Durchblutung der Glomeruli wieder in Gang zu bringen. — Der Organismus reagiert auf Störungen in der Nierenzirkulation durch eine allgemeine Gefäßkontraktion, die chemisch (Nebenniere) vermittelt sein dürfte. Diese kann zur Wiederherstellung gleichmäßiger Blutverteilung beitragen, wenn genügende Herzkraft vorhanden ist; andernfalls wird sie die Nierengefäße noch mehr drosseln. Die Blutdrucksteigerung wird dadurch von einem differentialdiagnostischen Symptom zu einem pathogenetischen Faktor, der die unheimliche Progredienz dieser Nierenerkrankungen erklärt. — Absinken des Blutdruckes zeigt, daß die Zirkulation in der Niere wieder hergestellt ist, Bestehen der Drucksteigerung, daß die Krankheit chronisch geworden ist. — Es sind drei Verlaufsarten der chronischen Form zu unterscheiden: subakut, subchronisch, chronisch. — Auch die Erscheinungen am Augenhintergrund sind ischämischer Natur. — Die größte Gefahr droht bei der akuten diffusen Nephritis vom Herzen (Digitalis, Aderlaß), die zweite von der eklamptischen Urämie (Flüssigkeitsbeschränkung), die dritte von seiten der Niere durch Drosselung des Blutstromes, Anurie mit Ansteigen des Harnstoffspiegels im Blute (Dekapsulation der Niere). Die sehr interessante Arbeit sei zum Selbststudium angelegentlich empfohlen.

Kadner (Dresden-Loschwitz).

416. Das Tasten der Hufeisenniere, nach drei Beobachtungen; von Karl Pichler. (Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 30. H. 4 u. 5. S. 545.)

Das Wertvolle über den palpatorischen Nachweis aus breiter Literatur ist zusammengetragen. Die immerhin seltene Nierenform sollte der Untersuchung nicht mehr entgehen. Die willkürliche Bewegung, sowie solche bei Atembewegungen scheint Gesetz zu sein und die vordere Fläche der Wirbelkörper in der Bauchhöhle sollte gewohnheitsmäßig abgetastet werden.

von Noorden (Bad Hamburg).

417. Bemerkungen über Wanderniere; von G. Klemperer. (Therap. d. Gegenw. 1918. H. 2.)

Die Wanderniere ist der Ausdruck einer angeborenen Unterwertigkeit des Nervensystems, welche sich in der Schwäche der Befestigungsmittel bzw. der angeborenen abnormen Mortalität der Niere ausspricht. Kl. hat bei Frauen mit angedeuteter krankhafter Anlage des Nervensystems häufiger Schwellungszustände der Nieren beobachtet, die seiner Meinung nach unter nervösem Einfluß zustande kommen. Die mit der Anschwellung verbundene vermehrte Schwere des Organs begünstigt die Ptose. Es wird ein Fall von eingeklemmter Wanderniere mitgeteilt.

Geppert (Hamburg).

418. Ein mit Optochin behandelter Fall von Pneumokokkenzystitis; von J. H. Berner. (D. med. Woch. 1918. Nr. 15. S. 406.)

Die schwächliche Patientin erkrankte plötzlich mit hohem Fieber und Rückenschmerzen an einer eitrigen Zystitis. Im Bodensatz des Harnes fanden sich nur Leukozyten und Kokken, letztere meist gram-positive Diplokokken. Die Darreichung von Optochin. basicum morgens und abends 0,3 — im ganzen 5 Dosen = 1,5 g — hatten schnelle Klärung des Harnes zur Folge. Nach 2maliger Wiederholung der Kur war Patientin genesen. —

B. meint, die Pneumokokkeninfektion der Blase habe sich vielleicht an eine ganz leichte, nicht diagnostizierbare Pneumonie angeschlossen; es wäre vielleicht noch besser gewesen, das Optochin örtlich zu applizieren.

Kadner (Dresden-Loschwitz).

419. Die Bewertung der epiduralen Injektion bei Enuresis nocturna; von E. Hesse. (Münchn. med. Woch. 1918. Nr. 5. S. 130.)

Das lästige Leiden ordnet sich im allgemeinen den allgemeinen Neurosen unter, oder es liegen gewisse erbliche Degenerationszeichen bei den Kindern vor, endlich können organische Veränderungen ätiologisch wirken. Hiernach müssen die ärztlichen Maßnahmen variieren. Ein dankbares Verfahren mit suggestiver und mechanischer Wirkung durch Hyperämie und Bindegewebebildung bildet die epidurale Kochsalz- oder Novokaininjektion und ist den übrigen üblichen Methoden als erfolgreich beizufügen.

von Noorden (Bad Homburg).

---

420. Blutbefunde bei endemischem Kretinismus; von Elisabet Kind. (Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 30. H. 3. S. 285.)

Bei verminderter Schilddrüsentätigkeit findet sich: Anämie mit begleitenden Veränderungen der Erythrozyten, Lymphozytose mit Reduktion der Neutrophilen und eine normale oder gering verminderte Gesamtleukozytenzahl. Eosinophilie ist noch umstritten. Bei Morbus Basedowii findet sich: Leukopenie auf Kosten der neutrophilen Leukozyten und ausgesprochene Lymphozytose als Hauptbild des Blutbildes. Bei endemischem Kropf und Kretinismus ergab die Mehrzahl der Fälle: eine relative und absolute Lymphozytose, verbunden mit neutrophiler Leukopenie. Ein absolut pathognomonisches Blutbild ist bei endemischem Kretinismus nicht zu erlangen. In den langen Extremitätenknochen überwiegt das gelbe Fettmark. — Literatur bis 1916. —

von Noorden (Bad Homburg).

421. Blutbefunde bei Ödemkranken; von W. H. Jansen. (Münchn. med. Woch. 1918. Nr. 34. S. 925.)

Im Gegensatz zu anderen Beobachtern fand J. keine Vermehrung der Erythrozyten. Übereinstimmend wird berichtet über ausgesprochene Neigung

zur Leukopenie mit relativer Lymphozytose. Die Eiweißkonzentration des Blutserums ist extrem niedrig. Die Hydrämie ist der Ausdruck einer Hypalbuminose des Blutserums. Die Harnsäurewerte halten sich in ungefähr normalen Grenzen, die Zuckerwerte sind dagegen meist niedrig, nur selten normal oder höher. Der Kochsalzgehalt zeigt keine Besonderheiten, der Kalkspiegel des Blutes ist deutlich erniedrigt.
Geppert (Hamburg).

422. **Über hochwertige Erythrozyten- und Hämoglobinwerte bei Kriegern;** von S. Wassermann. (Münchn. med. Woch. 1918. Nr. 34. S. 927.)

W. machte die auffallende Beobachtung, daß bei einer verhältnismäßig großen Anzahl von kranken Kriegern hohe Erythrozyten- und Hämoglobinwerte zu finden waren. Geppert (Hamburg).

423. **Erfolgreiche arteriovenöse Transfusion bei einem Hämophilen;** von Oscar Orth. (Allg. med. Zentralzeit. 1918. Nr. 36. S. 141.)

Überleitung artfremden Blutes aus der Arteria radialis eines gesunden Soldaten in die Vena mediana eines hämophilen Soldaten. Stillung der Blutung, nachdem bereits alle anderen Mittel versagt hatten.. Cordes (Berlin).

VI. Chirurgie.

424. **Plombierung von Knochenhöhlen;** von E. Schepelmann. (D. Zeitschr. f. Chir. Bd. 144. H. 3 u. 4. S. 250. 1918.)

Sch. hat in 200 Fällen von Sequestern und eiternden Knochenhöhlen die Knochenhöhlen mit einer modifizierten Mosetigschen Knochenplombe ausgefüllt. Die von Sch. angewendete Technik ist im Originale nachzulesen. Nach seiner Meinung ist die Jodoformplombe als Wahlverfahren anzusehen; es gestattet in der Mehrzahl der Fälle ein einzeitiges Operieren, verhütet durch den Jodoformgehalt das Wiederaufflackern der Infektion, regt durch den Reiz des Antiseptikums zur Knochenneubildung an, benötigt nur unbedeutende Abflachung der Knochenhöhle, wodurch Knochen gespart und Spontanfrakturen vermieden werden, opfert kein kostbares lebendes Material, führt zu kosmetisch und funktionell günstigen Narben und unterscheidet sich von allen anderen Methoden durch seine große Einfachheit und Gefahrlosigkeit. Wagner (Leipzig).

425. **Gegenseitiger Ersatz der Gewebe der Bindegewebsreihe unter pathologischen Verhältnissen;** von Böhm. (D. Zeitschr. f. Chir. Bd. 144. H. 3 u. 4. S. 281. 1918.)

Bei dem 1jährigen Kinde handelte es sich um eine fettige Substitution der Rückenmuskulatur in großer Ausdehnung. Die fettige Umwandlung war so erheblich, daß sie schon makroskopisch durch die gelbe Färbung sofort auffiel. Das Eigentümliche dieser Fettsubstitution war, daß sie unter einem subkutanen Lipom sich entwickelt hatte und ihre Ausdehnung etwa der des Lipoms entsprach. Auf der anderen Rückenseite, wo kein Lipom war, fehlte auch diese Fettdurchwachsung des Muskelgewebes. Von einem direkten Zusammenhang in Form einer Durchwachsung konnte keine Rede sein; der Zusammenhang zwischen Lipom und Fettsubstitution war mehr indirekt. Am nächsten liegt hier der Vergleich mit der Pseudohypertrophie der gewöhnlichen Muskeln. Ob der Druck des Lipoms oder verminderte Muskelaktion infolge gewisser Unbehaglichkeiten durch das Lipom die Atrophie bedingt hat, bleibt fraglich.
Wagner (Leipzig).

426. **Infizierte Gelenkstockschüsse;** von H. Ziegner. (D. Zeitschr. f. Chir. Bd. 144. H. 5 u. 6. S. 368. 1918.)

Mitteilung über 87 operativ behandelte infizierte Gelenksteckschüsse. Der infizierte Schußkanal wurde weit im Gesunden bis ins Gelenk hinein exzidiert und der Kapselschlauch durch Katgutnaht sofort wieder geschlossen. Auch Z. benutzte das von Payr empfohlene Phenol-Kampfergemisch von Chlumsky, das jedenfalls eine Abschwächung der Infektion herbeiführen kann. In allen Fällen, in denen das Gelenk nach voraufgegangener Phenolkampferfüllung operativ eröffnet wurde, fand sich eine mächtige Hyperämie der Gefäße und der Synovialmembran. Eine wirkliche chemische Desinfektion bei eitrigen Gelenkexsudaten war auch mit Phenolkampfer nicht zu erzielen. Die Einzelheiten müssen in der ausführlichen Originalarbeit nachgelesen werden. Wagner (Leipzig).

427. **Nekrotisierendes Erysipel;** von W. Pfanner. (D. Zeitschr. f. Chir. Bd. 144. H. 1 u. 2. S. 109. 1918.)

Außer einem Friedensfalle konnte Pf. während des Krieges unter ca. 75 Erysipelfällen 9mal die nekrotisierende Form beobachten. Alle Fälle betrafen Kranke, die in ihrem Ernährungs- und Kräftezustand durch allgemeine Erkrankungen oder konsumierende Schädlichkeiten heruntergingen. Auffallenderweise waren bei den 9 Kriegsfällen niemals Schußwunden der Ausgangspunkt des Erysipels, sondern immer nur Kratzeffekte und Exkoriationen der Haut. In allen Fällen war der Prozeß auf die unteren Extremitäten lokalisiert, bzw. hatte dort primär begonnen. Der Beginn des eitrig-nekrotisierenden Erysipels gleicht völlig dem des gewöhnlichen, sich auf die Haut beschränkenden Erysipels. Rasches Weitergreifen unter andauernd hohem Fieber, schwerer Prostation usw. Dem Erysipel folgt auf dem Fuße die eitrige Nekrose des subkutanen Zellgewebes und der Faszie unter Bildung von Einschmelzungsherden. Erysipel und eitrige Nekrose schreiten immer weiter fort, der Kranke geht zugrunde, wenn es nicht gelingt, den Prozeß rechtzeitig durch Eindämmung des voraneilenden Erysipels in seiner Progredienz zu hindern und örtlich zu begrenzen. Therapeutisch empfiehlt Pf., oberhalb der jeweiligen Erysipelgrenze Haut und Unterhautzellgewebe bis auf die Faszie in solcher Breite zu durchtrennen, in welcher das Erysipel stammwärts heranrückt. Die meist breit klaffende Wunde wird tamponiert. Auch die nachweisbaren Erweichungsherde des Erysipels müssen breit gespalten und durch lockere Tamponade offengehalten werden. Die Heilerfolge waren günstig.
Wagner (Leipzig).

428. **Mißerfolge von Milcheinspritzungen bei chirurgischen Krankheiten;** von A. Steiger. (D. med. Woch. 1917. Nr. 52. S. 1615.)

Der Versuch, durch parenterale Einverleibung von Milch (10—20 ccm abgekochter Kuhmilch intramuskulär) alle möglichen Krankheitsprozesse zu beeinflussen, dürfte im allgemeinen als gescheitert anzusehen sein. Wenn auch von einigen Seiten Erfolge

berichtet werden (besonders bei Augenkrankheiten), so sind doch die Mißerfolge bei weitem überwiegend. Auch St. konnte in seinen Fällen keineswegs eine Besserung erzielen.

Brütt (Hamburg-Eppendorf).

429. **Differentialdiagnose des Gasbrandes;** von W. Stemmler. (D. Zeitschr. f. Chir. Bd. 144. H. 3 u. 4. S. 145. 1918.)

St. bespricht die Differentialdiagnose zwischen Gasbrand und *ischämischem Gewebszerfall.* Ein kaltes, lebloses Glied, der Gewebszerfall unter dem Bilde der feuchten Nekrose oder Gangrän *ohne Gasbildung,* Gliednekrose, an den peripheren Enden beginnend, ferner die Entstehungsgeschichte — langdauernde Abschnürung nach starker Blutung, Verletzung großer Gefäße, starke Quetschung — werden der Diagnosenstellung meist die richtigen Bahnen weisen. Schwieriger wird die Differentialdiagnose, wenn auf dem Nährboden der zerfallenden Muskelmassen anaërobe Infektion mit Gasbildung Platz greift. Langdauernde Abschnürungen enden fast stets mit dem Verluste des Gliedes. Die Prognose für das Leben wird desto ernster, je länger mit der Absetzung gangränöser Glieder oder der Entfernung einzelner gangränös zerfallender Gewebsteile gewartet wird. Auch das *subkutane Hautemphysem* kann unter Umständen zu Täuschungen führen.

Wagner (Leipzig).

430. **Wundbehandlung durch Tiefenantisepsis mit Isoctylhydrocuprein bihydrochloricum; Vuzin;** von Ansinn. (Münchn. med. Woch. 1918. Nr. 20. S. 531.)

A. verwendete das von Klapp in die Wundbehandlung eingeführte Vuzin mit gutem Erfolg bei 13 Schädel- und 17 Extremitäten- und Rückenschüssen. Von letzteren heilten 12 ohne Sticheiterung. Zur besseren Retention des Vuzins empfiehlt A. einen Zusatz von Gummi arabicum 30 g auf 1000 ccm.

Thormahlen (Hamburg).

431. **Über Bekämpfung und Behandlung anaërober Wundinfektionen;** von Wederhake. (D. med. Woch. 1917. Nr. 36. S. 1135.)

Es handelt sich in erster Linie um ein Sammelreferat, das die Hauptarbeiten über dieses Gebiet bringt; bezüglich der Behandlung gibt W. manche guten Vorschläge, die zum Teil auf eigener Erfahrung zu basieren scheinen; besonders gerühmt wird zur Wundbehandlung eine Mischung von Naphthalin und Zucker; nach unseren persönlichen Erfahrungen hat sich diese Mischung bei jauchigen Infektionen auch recht gut bewährt. — Warum W. jedoch den harmlosen Pyozyaneus zu den anaëroben Wundinfektionen rechnet, ist nicht recht ersichtlich.

Brütt (Hamburg-Eppendorf).

---

432. **Zur primären Behandlung der Schädelschüsse, besonders in Hinblick auf die Gehirninfektion;** von Therstappen. (Münchn. med. Woch. 1918. Nr. 36. S. 998.)

Um bei Schädelschüssen eine durch in das Gehirn getriebene Fremdkörper (Knochensplitter, Geschoßteile) verursachte Infektion desselben, Meningitis, Enzephalitis zu vermeiden, die zum Tode, oder nach anfangs scheinbarer Heilung zu den „Spätfolgen", den Gehirnabszessen, führen, empfiehlt Th. Frühoperation mit Entfernung möglichst aller Fremdkörper; digitale Wundrevision. Bei starker Infektion, deren Folge der Prolaps ist, ausgiebige Dränage mit Gummirohr und Gaze. Prolaps wird nicht abgetragen, geht spontan mit Nachlassen der Infektion zurück.

Thormählen (Hamburg-Eppendorf).

433. **Chirurgie der Hirntumoren;** von H. Martenstein. (D. Zeitschr. f. Chir. Bd. 145. H. 3 u. 4. S. 145. 1918.)

Genaue Mitteilung eines in der Payrschen Klinik von Hörhammer operierten Tumors der Zentralregion. Der Tumor war an der Falx cerebri maior lokalisiert. Seit 1880 finden sich in der deutschen Literatur 12 analoge Fälle veröffentlicht mit einer Gesamtmortalität von rund 27% der operierten Fälle. Besteht neben den Allgemeinerscheinungen eines Hirntumors, die meist wenig ausgesprochen vorhanden sind, eine *primäre,* streng isolierte, spastische Monoplegie eines Fußes, einer der an ihm wirkenden Muskelgruppen oder eines einzelnen Fußmuskels, oder ist eine *sekundäre,* nach vorausgegangenen Jacksonschen Krämpfen, die regelmäßig in einem dieser Abschnitte beginnen und streng gesetzmäßig verlaufen, stabil gewordene derartige Monoplegie eingetreten, so ist die Diagnose einer *kortikalen* Schädigung des *gekreuzten Parazentrallappens* durch einen von der benachbarten Fläche der *Falx cerebri* in der Zentralregion ausgehenden Tumor zu stellen. Fast ausnahmslos ist als Tumor ein Endotheliom zu erwarten.

Wagner (Leipzig).

434. **Pulsierende Hämatome der Parotis nach stumpfer Verletzung;** von E. Pólya. (Zentralbl. f. Chir. 1918. Nr. 31. S. 525.)

In den beiden von P. erfolgreich operierten Fällen handelte es sich um pulsierende Hämatome in der Substanz der Parotis, die nach Kontusion der Parotisgegend zugleich mit Granatverletzungen anderer Körperteile entstanden. Wodurch die Kontusion erfolgte (stumpfes Aufschlagen eines Geschoßstückes, Schleuderung an einen harten Gegenstand durch Luftdruck u. dgl.) konnte in keinem der Fälle festgestellt werden. Allerdings mußte in beiden Fällen die Verletzung einer in der Parotis befindlichen großen Schlagader, also der Carotis ext. oder einer ihrer beiden Endäste (Maxillaris int. oder Temporalis) vorliegen. Der mächtige Blutstrahl, der aus der Bluthöhle im ersten Falle hervorbrach, und die starke Pulsation im 2. Falle läßt hierüber keinen Zweifel. Da eine Hautverletzung in beiden Fällen fehlte, kann die Gefäßverletzung nur durch subkutane Ruptur erfolgt sein. In beiden Fällen entstand eine diffuse Schwellung der Parotisgegend mit ganz schwacher Pulsation im ersten und starker Pulsation im zweiten Falle. Die Schwellung zeigte in beiden Fällen eine ausgesprochene Wachstumstendenz; zu beiden gesellte sich Lähmung der Gesichtsnerven und beide wurden durch die Unterbindung der Carotis externa geheilt.

Wagner (Leipzig).

435. **Ersatz der Nasenspitze durch die frei transplantierte Zehenbeere;** von Th. Voeckler. (Zentralbl. f. Chir. 1918. Nr. 31. S. 530.)

V. hat dieses Verfahren bisher 2mal mit bestem Erfolge angewandt. Die übertragene Zehenbeere — meist wird man die 2. Zehe wählen — verklebt noch während der Anlegung der Nähte fast unverschieblich am Nasenstumpf. Die übertragenen Zehenbeeren heilten in beiden Fällen reaktionslos an.

Wagner (Leipzig).

436. **Einstich ins Ganglion Gasseri, nach Härtel eine Gefahr fürs Auge;** von F. Neugebauer. (Zentralbl. f. Chir. 1918. Nr. 33. S. 565.)

Durch den genau nach Härtels Angaben vorgenommenen Einstich auf das Ganglion Gasseri kam es in einem Falle Ns zu einer intrakraniellen Verletzung der Carotis interna. Derselben folgte ein Bluterguß, der, ohne die geringsten Gehirnerscheinungen hervorzurufen, auf dem Wege des N. opticus und der Fissura orbitalis sup. in die Augenhöhle gelangte, den Bulbus stark verdrängte und eine mächtige harte Schwellung der Lider erzeugte. Die allseitige Kompression des Sehnerven führte zu sofortiger starker Sehstörung und im weiteren Verlaufe zur Optikusatrophie. Auch W. Koenneke hat kürzlich eine Erblindung im Anschluß an das Härtelsche Verfahren beschrieben. Wagner (Leipzig).

437. **Über operative Therapie der Lungentuberkulose;** von Schottmueller. (Münchn. med. Woch. 1918. Nr. 23.)

Sch. empfiehlt, die Lungenkollapstherapie bei einseitiger Lungentuberkulose häufiger anzuwenden, als bisher geschieht. Die bewährten operativen Methoden sind: 1. der künstliche Pneumothorax durch Einblasen von Stickstoff; 2. die Ablösung der erkrankten Lungenspitze mit und ohne Plombierung; 3. ausgedehnte Rippenresektion. Welche dieser Methode anzuwenden ist, ergibt der klinische Befund, je nachdem, ob Verwachsungen zwischen Pleura pulmonalis und costalis fehlen, oder nur an der Spitze, oder auch ausgedehnt vorhanden sind.

Thormählen (Hamburg-Eppendorf).

438. **Ein Fall von embolischer Projektilverschleppung in den rechten Herzvorhof mit Einbohrung in die Herzwand;** von K. Hirsch. (Münchn. med. Woch. 1918. Nr. 27. S. 733.)

Bei dem 22jährigen, plötzlich gestorbenen Soldaten ergab die Sektion eine intravitale, embolische Projektilverschleppung aus der V. jugular. int. durch die V. cava sup. in den rechten Herzvorhof. Hervorzuheben ist die beträchtliche Verletzung der Herzwand, die durch das embolisch verschleppte Projektil hervorgerufen wurde, ferner die Lage des Splitters an der Mündung der V. magna cordis, durch deren Kompression die Blutaustritte im Verlaufe dieses Gefäßes bedingt sind; auch die Hämorrhagien im Herzbeutel sind auf die Verlegung der V. magna cordis zurückzuführen. Als Endfolge trat Herzstillstand ein infolge mangelnder Blutversorgung des Herzmuskels. Wagner (Leipzig).

439. **Neue Wege zur Behandlung der Empyemhöhlen;** von K. Propping. (Zentralbl. f. Chir. 1918. Nr. 30. S. 509.)

Zur Verödung alter Empyemhöhlen hat Ritter empfohlen, die Pleura costalis im Bereiche der Höhle von den Rippen abzulösen, sie auf die Pleura pulmonalis aufzutamponieren und so die Verklebung der beiden Pleurablätter zu erzwingen. Ein weiterer operativer Eingriff kann dann in so gut wie aseptischem Gebiete erfolgen. Nach den Erfahrungen der Rehnschen Klinik soll die Operation frühzeitig gemacht werden, d. h. wenn etwa 6—8 Wochen nach der Pleuradränage keine Heilung der Empyemhöhle eingetreten ist. Dann ist die Pleura costalis aller Wahrscheinlichkeit nach noch gut ablösbar und widerstandsfähig, die Lunge noch ausdehnbar. Das Thoraxfenster muß groß genug sein (Resektion von mindestens 2, besser 3 Rippen), damit die Tamponade des extrapleuralen Raumes genügend lange fortgesetzt werden kann. Geschwächte Kranke sind mit Herzmitteln vorzubereiten. Wagner (Leipzig).

440. **Über Schußverletzungen des Zwerchfelles und chronische Zwerchfellhernien;** von O. Heß. (Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 30. H. 3. S. 346.)

Unter 250 Soldaten mit Thoraxschüssen fanden sich 6 Fälle. Die Diagnose wird umständlich durch physikalische Methoden gewonnen und kann zur sicheren Stütze der gewiegten Röntgenologie nicht entbehren. Siehe die Bilder. Zur Operation wird im allgemeinen nur die Einklemmung eines Organes führen; hierbei sei darauf hingewiesen, daß bereits Mikulicz in der Chirurgie des Zwerchfelles sehr weit ging (D. med. Woch. 1893. Nr. 15 u. 16). Die Beschwerden entstehen vor allem durch Raumbeengung in der Brust, durch Verfall der Bauchorgane und durch die gelöste Zwerchfellfunktion direkt durch den Schuß oder durch Adhäsionen, Hämatothorax, Schwarten u. dgl.

von Noorden (Bad Homburg).

441. **Rammstedtsche Operation beim hypertrophischen Pylorospasmus der Säuglinge;** von Wilms. (D. Zeitschr. f. Chir. Bd. 144. H. 1 u. 2. S. 64. 1918.)

Die operative Behandlung obiger Krankheit steht und fällt mit der Möglichkeit eines Eingriffs, der an den Kräftezustand des Kindes keine nennenswerten Ansprüche stellt. Durch die Längsspaltung der Muskulatur allein in dem kontrahierten und hypertrophischen Muskelgebiet, wie sie Rammstedt empfohlen hat, ist eine Methode gegeben, die mit denkbar geringster Gefahr alles erreicht, was verlangt werden kann. W. hat 3 derartige Operationen gemacht; beim ersten Eingriff bis Schluß der Bauchnaht 5, beim 2. und 3. je 3 Minuten gebraucht. Die anatomischen Verhältnisse sind für die Operation sehr günstig. Der Magen stellt sich sofort in den Bauchschnitt ein, der Pylorus ist sehr beweglich und läßt sich sofort vor die Bauchwand bringen.

Wagner (Leipzig).

442. **Dauerspasmus an Pylorus, Kardia, Sphinkter der Blase und des Mastdarms;** von Wilms. (D. Zeitschr. f. Chir. Bd. 144. H. 1 u. 2. S. 67. 1918.)

In der Bezeichnung „*Dauerspasmus*“ liegt das Wesentliche der Erkrankung ausgedrückt, während die Benennung hypertrophische Pylorusstenose, Kardiospasmus, Hirschsprungsche Krankheit, Sphinkterkrampf der Blase die Prozesse nicht scharf definieren und besonders das Einheitliche der Erkrankung nicht herausheben. Ätiologisch liegen hier sicher gleichartige Prozesse vor. Die Symptome sind von verschiedenen Faktoren abhängig, die in der Funktion oder Größe oder Kraft des austreibenden Organs begründet liegen. Die mannigfaltigen Symptome sind Folgezustände eines spezifischen, wohl im Nervensystem (Sympathikus) begründeten Vorganges. Daß ein Dauerspasmus, der den normalen Öffnungsreflex des Sphinkters beeinflußt, in Frage kommt, ist das Wahrscheinlichste. Von den verschiedenen therapeutischen Maßnahmen bespricht W. namentlich die chirurgische Therapie.

Wagner (Leipzig).

443. **Ein Fall von subphrenischem Abszeß mit eigenartigem klinischen Verlauf;** von O. Hoeper. (Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 25. S. 441. 1918.)

H. beschreibt einen Fall von subphrenischem Abszeß, der klinisch durch das Fehlen jedes anam-

nestischen Anhaltspunktes für die erfolgte Perforation und den völlig fieberfreien Verlauf unter dem Bilde einer fortschreitenden Kachexie bemerkenswert war. Röntgenologisch bestand eine hochgradige Vorwölbung der Zwerchfellkuppe, die durch die Überdehnung und auch wohl auch wegen der Toxinwirkung keine Beweglichkeit erkennen ließ.

Kautz (Hamburg).

444. Über Anomalien im ventralen Rumpfverschluß als Ursache der Hernia epigastrica; von F. Bönheim. (Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 30. H. 3. S. 322.)

Hernia epigastrica ist häufig, bei Männern 5 bis 6mal so oft als bei Frauen; sie ist durch die embryonale Entwicklung der Bauchhaut bedingt. Als Hemmungsbildung ist fast immer eine Spaltung des Proc. ensiformis zu bemerken, was forensisch von Bedeutung sein kann. Diastasen im kindlichen Alter in der L. alba haben nichts mit der Hernie zu tun; ätiologisch spielt die Bauchpresse keine Rolle und traumatische Entstehung tritt gegen die kongenitale Ursache ganz zurück.

von Noorden (Bad Homburg).

445. Über Zökalfisteln; von H. Leischner. (Arch. f. klin. Chir. Bd. 110. H. 1 u. 2. S. 160. 1918.)

Zökalfisteln sind bei der schweren diffusen Peritonitis als eine die Ausheilung unterstützende Maßnahme zu betrachten. Bei Fällen von Ileus infolge Dickdarmkarzinoms können sie bei schlechtem Allgemeinbefinden des Patienten als primärer Eingriff in Erwägung gezogen werden. Sie können zur Sicherung einer zirkulären Dickdarmnaht dann in Betracht kommen, wenn eine solche unter erschwerenden Umständen ausgeführt werden muß oder voraussichtlich anzulegen sein wird. Ihr Hauptindikationsgebiet stellen die schweren chronisch ulzerösen Kolitiden sui generis sowie Amöben- und Bazillenruhrfälle dar, die bei erfolgloser interner Therapie in einem bedrohlichen Zustand kommen, wobei vor zu langem Zögern mit der Fistelanlegung zu warnen ist.

Kautz (Hamburg).

446. Über ausschaltende Operationen am Darm; von W. Denk. (Arch. f. klin. Chir. Bd. 110. S. 121. 1918.)

Bei einer von vornherein ungünstigen Prognose eines Falles von Darmtuberkulose oder Karzinom genügt die einfache Enteroanastomose als Palliativoperation, um die durch den pathologischen Prozeß hervorgerufenen Stenosenerscheinungen zu beseitigen. Bei den Fällen von schwieliger Appendizitis ist die partielle Darmausschaltung in Form der Enteroanastomose ausreichend, um eine dauernde Beschwerdefreiheit zu erreichen. In Fällen von Tuberkulose oder Karzinom, die aus dem lokalen und allgemeinen Befund auch nur eine geringe Hoffnung auf Heilung geben, und bei denen ein primärer radikaler Eingriff noch nicht möglich ist, erscheint ebenso wie bei Kotfisteln, die bilaterale Darmausschaltung der einfachen Enteroanastomose entschieden überlegen zu sein. Und zwar erweist sich bei der Ausführung der bilateralen Ausschaltung nach Salzer die Einnähung beider Darmlumina in die Bauchwand als die zweckmäßigste Art der Stumpfversorgung.

Kautz (Hamburg).

---

447. Pathologische Amputationsstümpfe; von G. Hohmann. (Zentralbl. f. Chir. 1918. Nr. 20. S. 338.)

H. weist auf drei immer wiederkehrende Beobachtungen hin: 1. Die so häufigen *Kronensequester* an den Amputationsstümpfen müssen auf die aperiostale Amputation nach Bunge zurückgeführt werden. Auch bei den aperiostalen Reamputationen sah H. wiederholt Kronensequester auftreten. 2. *Beugekontraktionen der Unterschenkelkurzstümpfe* entstehen teils durch die unzweckmäßige Lagerung während der Heilung, teils scheinen sie ihre Entstehung der unterlassenen Verkürzung der Nerven bei der Amputation zu verdanken. 3. Die Stümpfe nach Chopart und Lisfranc leiden fast alle an demselben, trotz Achillotomie, immer wiederkehrenden Fehler, daß ihr vorderer Teil herabsinkt und sich Druckgeschwüre und Schmerzen an der belasteten Fläche von unten einstellen, die eine schlechte Heilungsneigung haben und meist operative Eingriffe verlangen. Der Lisfranc stellt sich aber auch gern in Varusstellung.

Wagner (Leipzig).

448. Künstliche Blutleere der unteren Extremität durch Druck mit Hebelpelotte; von Drewitz. (D. med. Woch. 1918. Nr. 22. S. 603.)

Für die Operationen an den unteren Extremitäten, wo zur Erreichung der künstlichen Blutleere die Esmarchsche Binde nicht angelegt werden kann, hat D. einen Apparat mit Hebelpelotte konstruiert, der es ermöglicht, je nach Lage des Falles die Aorta, Art. iliaca communis, Art. iliaca externa und Art. femoralis zu komprimieren. Es besteht der Vorteil, während der Operation intermittierende Blutungen als Wegweiser zu der verletzten Stelle des Gefäßes eintreten zu lassen. Die Gefahr der Schädigung der Gefäße ist geringer als bei der Gummibinde. Die Beschreibung des Apparates und seine Anwendungsweise ist im Original nachzulesen.

Thormählen (Hamburg).

449. Habituelle Schulterluxation; von R. Eden. (D. Zeitschr. f. Chir. Bd. 144. H. 3 u. 4. S. 269. 1918.)

Die operative Behandlung der habituellen Schultergelenksluxation erstrebt neben der Verhütung des Wiedereintritts der Verrenkung die möglichst vollkommene Wiederherstellung der Gelenkfunktion. Der Wert der Kapselraffung darf in Hinsicht auf endgültige Verhütung der Reluxation nicht hoch angeschlagen werden; sie allein erfüllt ihren Zweck dauernd nur in einer beschränkten Zahl der Fälle. E. hat in einem Falle von habitueller Schulterluxation mit Abriß des Labrum glenoidale von der Pfanne und Abflachung des inneren Pfannenrandes diesen dadurch wieder hergestellt, daß er ein freitransplantiertes Knochenstück als Ersatz für den verloren gegangenen Knochenabschnitt und zugleich als Widerist für den Gelenkkopf zur Anheilung brachte. Nach Knochenanfrischung am Vorderrande des Collum scapulae wurde das der Tibia autoplastisch entnommene Knochenstück zwischen Anfrischungsstelle und abgehobenes Periost gelegt und befestigt. Der abgehobene Kapselrand wurde durch seitliche Nähte ebenfalls in seiner früheren Lage fixiert. Zur Sicherung wurde die Raffung der vorderen Kapsel hinzugefügt. Das Knochenstück ist gut eingeheilt. Erfolg nach 10½ Monaten vorzüglich.

Wagner (Leipzig).

450. Herstellung der Drehbewegung des Vorderarms bei Versteifung des Ellenbogengelenks; von Weinert. (Münchn. med. Woch. 1918. Nr. 25. S. 678.)

Bei Versteifung des Ellenbogengelenkes, die durch Brisement forcé, Athrolyse oder Resektion nicht beseitigt werden können noch dürfen, wird die Resektion des Radiusköpfchens vorgeschlagen, um eine Drehbarkeit des Vorderarms und der Hand bei versteiftem Ellenbogengelenk zu erlangen.

Thormählen (Hamburg).

451. Oberschenkel- und Oberarmamputation mittels eines einfachen Weichteilschützers; von Ulrichs. (D. med. Woch. 1918. Nr. 22. S. 605.)

Amputationen am Oberschenkel und Oberarm werden von U. folgendermaßen ausgeführt: Zirkelschnitt durch Haut und Muskulatur, Durchsägung des Knochens. Mit einem tellerförmigen Weichteilschützer, der ein 40—70 cm weites Bohrloch in der Mitte trägt, werden die Weichteile rumpfwärts gezogen, und der Knochen nochmals oberhalb durchsägt. Versorgung der Nerven und Gefäße. Primäre Naht oder Infektion, Extension der Weichteile. Derselbe Weichteilschützer kann auch bei Reamputationen verwendet werden.

Thormählen (Hamburg).

VII. Augenheilkunde.

452. A. Prophylaktische Milchinjektionen bei Augenoperationen. B. Heilung der Augenblennorrhöe durch Milchinjektionen; von L. Müller. (Wien. klin. Woch. 1918. Nr. 34. S. 933.)

Interessante Beiträge zu den Erfahrungen mit Milchinjektionen in der Behandlung von Augenkrankheiten liefert die Arbeit M.s, der in 21 Fällen seiner eingehend geschilderten Methode der Resectio bulbi, die mit prophylaktischen Milchinjektionen kombiniert wurden, stets außer in einem Fall, entgegen seinen früheren Beobachtungen, einen völlig schmerz- und entzündungsfreien Verlauf der Heilung hatte. Ebenso hat er angeblich den günstigen Einfluß prophylaktischer Milchinjektionen bei einem mehrfach beiderseits nutzlos iridektomierten Patienten konstatieren können. Besonders groß und interessant sind seine Erfolge bei der Augenblennorrhöe der Erwachsenen. Von allgemeiner Bedeutung erscheinen bei dem bis jetzt hier und da wohl zu wenig begrenzten Indikationsbereiche dieser neuen Therapie seine theoretischen zusammenfassenden Betrachtungen, die ihn zu dem Schluß führen, die auf Milchinjektionen gut reagierenden Krankheiten allgemein als ödembildende Entzündungen zu bezeichnen; M. stellt sich den Einfluß der Milchinjektion im wesentlichen in diesem Momente liegend vor, und die Tatsachen der klinischen Beobachtungen scheinen einer derartigen Deutung zu entsprechen. Die Abnahme der eitrigen Sekretion, die fast in allen mit Milchinjektionen behandelten Fällen von Blennorrhöe erzielt wurde, ist der Weg, auf dem eine günstige Beeinflussung des Verlaufs, insbesondere eine Verhütung von Hornhautkomplikationen erreicht wird. Mit der schnelleren Resorption von Exsudaten erklärt sich die Wirkung bei Iritis. M. hebt hervor, mit seiner Auffassung von dem Einfluß der Milchinjektion stehe im Einklang die klinische Tatsache ihrer Unwirksamkeit bei Hornhautgeschwüren als einer nekrotisierenden Entzündung.

Filbry (Würzburg).

453. Über leukämische Augenveränderungen; von R. Kümmell. (Gräfes Arch. f. Ophthalm. Bd. 95. S. 105. 1918.)

Interessante Augenhintergrundsveränderungen bei leukämischen Erkrankungen geben K. die Veranlassung, aus eingehender Symptomatologie wie aus den spärlichen Befunden anatomisch untersuchter Bulbi eine Differenzierung in die myeloische und lymphatische Leukämie zu bieten. Bei der myeloischen Form stehen die prallen Überfüllungen, Erweiterungen und Schlängelungen der Gefäße im Vordergrund und können eine zuweilen bis zum Bilde der Stauungspapille führende, sich steigernde Papillenschwellung veranlassen; Blutungen fehlen selten, die Farbe des ganzen Hintergrundes zeigt alle Übergänge von der Norm bis ins Grauweiße, ja Graugrünliche. Dagegen stehen bei der lymphatischen Leukämie lymphomartige Neubildungen in Form von oft kolossalen Aderhautinfiltrationen im Vordergrund, im Gegensatz zu denen die Herde, die bei der myeloiden Form entstehen und oft bedeutende Größe erreichen, aus Extravasaten hervorgehen.

Filbry (Würzburg).

454. Über die Ausführung der Lokalanästhesie bei Behandlung von phlegmonösen Tränensackerkrankungen; von E. Seidel. (Gräfes Arch. f. Ophthalm. Bd. 95. S. 320. 1918.)

Um nach Abklingen der phlegmonösen Tränensackentzündung, in der Regel nach 8—10 Tagen, das ganze erkrankte Gewebe, besonders die Senkschleimhaut, schmerzlos entfernen und den Weg zur Nase freimachen zu können, hat sich S. das Einlegen einer mit einer feinen, in 10proz. Kokain-Adrenalinlösung getauchten Watteschicht umwickelten Sonde in den Tränennasengang sehr bewährt.

Filbry (Würzburg).

455. Intrakorneale Tätowierung; von Leopold Rothschild. (Gräfes Arch. f. Ophthalm. Bd. 95. S. 130. 1918.)

Nach einer kurzen Würdigung der Geschichte der Hornhauttätowierung, die bis Galen zurückreicht und im Laufe der Jahrhunderte nur wenig Veränderungen erfahren hat, gemahnt R. an die Gefahren der üblichen Stichelungsmethode, wie sie sich in gelegentlich auftretender Iritis, in Reizerscheinungen, ja sogar in Panophthalmie dartun. Aus dieser Erwägung wurde am Kaninchen eine interlamelläre Injektion flüssiger Tusche mit der Rekordspritze versucht: Die Flüssigkeit verbreitet sich, ohne später zu wandern, ungefähr in Form einer kreisrunden Scheibe um die Öffnung der Kanüle. Es scheint R. nach den tierexperimentellen Grundlagen kein Gegengrund zu bestehen, auch an geeigneten klinischen Fällen die Methode der intrakornealen Tätowierung zu versuchen, die neben der geringeren Infektionsgefahr noch den Vorteil der Erhaltung einer spiegelnden Oberfläche der Hornhaut für sich habe.

Filbry (Würzburg).

456. Ein ungewöhnlicher Fall von intermittierendem Exophthalmus; von E. v. Hippel. (Gräfes Arch. f. Ophthalm. Bd. 95. S. 307. 1918.)

v. Hippels Fall von Exophthalmus zeigte ein typisches Intermittieren, ohne bei aufrechter Körperhaltung zu verschwinden. Beim Bücken, bei Kopfwendung nach der kranken Seite und bei Kompression der Jugularis nimmt die Vortreibung zu. Die Symptome lassen ein kavernöses Angiom der Orbita mit behindertem venösen Abfluß nach vorn annehmen. Ein Zusammenhang mit einem angegebenen Trauma, mindestens eine Verschlimmerung durch

dasselbe, ist nicht von der Hand zu weisen. Die schwierige gefährliche Operation ist nur bei eintretender Arbeitsunfähigkeit in Erwägung zu ziehen, jedoch ist Besserung oft leicht durch Lidspaltverengerung zu erzielen. Filbry (Würzburg).

457. **Beobachtungen über traumatischen Enophthalmus in drei Kriegsjahren;** von Alexius Pichler. (Gräfes Arch. f. Ophthalm. Bd. 95. S. 145. 1918.)

25 Fälle von traumatischem Enophthalmus werden von P. beschrieben und skizziert. Infolge Schrumpfung des Auges oder infolge einer möglichen Mitverletzung des Sympathicus kompliziertere Fälle wurden ausgeschieden. Die Erwägung der Geschoßrichtung ließ meist einen Bruch der inneren oder unteren Wand der Orbita annehmen. Als Ursache kommt auch die Sprengwirkung des Bulbus auf die Wände bei Durchquerung eines Geschosses durch die Orbita in Betracht. Einen durch Explosion in nächster Nähe entstandenen Enophthalmus erklärt P. mit einer durch den Luftdruck hervorgerufenen Ausbuchtung der Wände, die zu der absoluten Vergrößerung des Orbitalraumes und so zu dem Zurücksinken des Bulbus führte.
Filbry (Würzburg).

458. **Über die angeborenen zentralen Defekte der Hornhauthinterfläche, sowie über angeborene Hornhautstaphylome;** von E. v. Hippel. (Gräfes Arch. f. Ophthalm. Bd. 95. S. 184. 1918.)

Für angeborene zentrale Defekte der Hornhauthinterfläche führt H. als Deutungsmöglichkeiten endogene Erkrankung im späteren Fötalleben, primären Bildungsmangel, Drucksteigerung infolge von Irisanomalien, zentrale Keratitis parenchymatosa an. In letzter Zeit stehen sich besonders Peters Annahme einer Entwickelungsstörung, Mellers Hypothese, die eine Ruptur der Descemet annimmt, und die Theorie von primären vorderen Synechien gegenüber. Für die Ausbildung angeborener Hornhautstaphylome schwankt der Meinungsstreit zwischen der Annahme einer vorausgegangenen intrauterinen Entzündung mit Hornhautperforation und Peters' Theorie von einer fehlerhaften Abschnürung der Linse. Filbry (Würzburg).

459. **Über diffuse Gliose der Netzhaut und ihre Beziehungen zu der Angiomatosis retinae;** von E. v. Hippel. (Gräfes Arch. f. Ophthalm. Bd. 95. S. 173. 1918.)

Entgegen der Anschauung Mellers, daß es sich bei der sog. Hippelschen Krankheit, jener seltenen, eigentümlichen Netzhauterkrankung, die besonders durch auffallende Gefäßwucherungen charakterisiert ist, um eine tumorartige, infiltrierende Wucherung der Glia handle, hebt E. v. H. hervor, daß das Wesen der Krankheit die Veränderungen an den Gefäßen seien, während dem gelegentlich ganz vermißten, häufig aber erst später hinzutretenden hyperplastischen Prozeß der Glia nur eine sekundäre Bedeutung zukomme.
Filbry (Würzburg).

460. **Über Eosinophilie im Auge;** von Ernst Fuchs. (Gräfes Arch. f. Ophthalm. Bd. 95. S. 162. 1918.)

Wichtig für unsre Vorstellungen von dem Zustandekommen der entzündlichen Exsudate sind die F.schen Befunde von lokaler Eosinophilie im Auge bei fehlender allgemeiner Bluteosinophilie. In fünf Fällen von Verletzung und in zwei Fällen von Iridektomie wegen Glaukom trat eine Eosinophilie auf, die sich an charakteristischen Stellen, der Aderhaut, dem Irisstroma, in den Kammerflüssigkeiten und in dem etwa vorhandenen Hypopyon, zu lokalisieren und bemerkenswerterweise erst in einer dem Übergang aus dem akuten in ein mehr chronisches Stadium entsprechenden Phase der Entzündung aufzutreten pflegte. Ein als naheliegend erscheinendes Gebundensein der Eosinophilie an bestimmte Formen der Entzündung, z. B. an die traumatische seröse Iritis, ist nicht wahrscheinlich; eher ist bei der üblichen Beschränkung der Eosinophilie auf den vorderen Augenabschnitt an chemotaktisch wirkende, während des Entzündungsprozesses entstehende Stoffe zu denken. Trotzdem bekanntlich allgemeine Eosinophilie als Zeichen von Helminthiasis vorkommt, fand F. unter seinen 11 Präparaten von intraokularem Zystizerkus nur 3mal Eosinophilie im Auge. Filbry (Würzburg).

461. **Über vestibuläre Augenreflexe.** *II. Vestibuläre Augenreflexe bei totaler einseitiger Okulomotoriuslähmung;* von A. de Kleyn u. R. Tumbelaka. (Gräfes Arch. f. Ophthalm. Bd. 95. S. 314. 1918.)

Mehrere Fälle von einseitiger Okulomotoriuslähmung beweisen, daß sowohl vom Abducens als vom Trochlearis aus Nystagmus entstehen kann, dessen langsame Komponente durch eine aktive Kontraktion oder Erschlaffung bewirkt wird. Beim Blick extrem nach rechts machte das linke gelähmte, durch sekundäre Kontraktur des Externus schon in Divergenzstellung stehende Auge eine geringe, ebenfalls auf einer aktiven Erschlaffung des Externus beruhende Bewegung nasalwärts, ohne jedoch, infolge der Kontraktur der Abducenssehne, die Medianlinie erreichen zu können. Filbry (Würzburg).

462. **Das Auftreten der sympathischen Ophthalmie trotz erfolgter Präventiv-Enukleation;** von F. Schieck. (Gräfes Arch. f. Ophthalm. Bd. 95. S. 322. 1918.)

Die Kriegserfahrungen haben bestätigt, daß sympathische Ophthalmie nach rite ausgeführter Präventivenukleation enorm selten ist. Theoretisch kann die Erklärung für das Auftreten der Entzündung in diesen Ausnahmefällen zu suchen sein in fehlerhafter Enukleation, einem Durchwuchern des sympathisierenden Prozesses in den Tenonschen Raum oder einem Überwandern der Noxe in den Organismus oder einem schon zur Zeit der Enukleation bestehenden, klinisch aber noch nicht feststellbaren Ergriffensein des zweiten Auges. Wie ein Fall zeigt, wird die Reihe der auf der Unmöglichkeit der klinischen Diagnosenstellung beruhenden Fälle, mit Vervollkommnung des Instrumentariums, wie die Gullstrand-Spaltlampe, später immer kürzer werden. Im allgemeinen ist die Gefahr der sympathischen Entzündung 4 Wochen nach der Enukleation als beseitigt anzusehen. Sch. faßt die Bedeutung des Vorkommens von sympathischer Ophthalmie nach der Enukleation für die Lehre von der Entstehung der Krankheit dahin zusammen, daß diese Fälle eine wichtige Stütze der Metastasentheorie darstellen. Filbry (Würzburg).

463. **Erfahrungen bei Kriegsblinden;** von L. Schmeichler. (Wien. med. Woch. 1918. Nr. 42. S. 1833.)

In der Fürsorge der Kriegsblinden unterscheidet Sch. drei Abteilungen: 1. Die Zeit der Spitalsbehandlung, 2. Aufenthalt und Schulung im Kriegsblindenheim, 3. Verhältnisse nach der Entlassung. Im Spital soll nach Abklingen der Schockwir-

kung durch die Verwundung und die Erkenntnis der Erblindung zunächst Besserung, dann vielleicht die Möglichkeit einer helfenden Operation in Aussicht gestellt werden, bis schließlich, oft am besten durch die Schwester, die völlige Aussichtslosigkeit den Patienten klar gemacht wird. Bis eine Erhaltung des seelischen Gleichgewichts für die Zukunft garantiert scheint, ist zum mindesten mit der Entsendung in ein Blindenheim zu warten. Dort soll jeder einen ausgesprochenen Blindenberuf erlernen und nur nach Maßgabe seines Intellekts und der äußeren Verhältnisse eventuell später eine andre Beschäftigung versuchen, da die Erfahrung lehrt, daß die Blinden in andern Berufen, z. B. als Munitionsarbeiter, doch oft nachher unüberwindlichen Schwierigkeiten gegenüberstehen. Später ist das Wünschenswerteste die Ehe mit einer braven, aufopferungsfreudigen Frau. Erstrebenswert scheint es, jedem Kriegsblinden ein kleines, eignes Heim (kleines Grundstück mit Garten) zu schaffen. Der Staat allein, ohne das Interesse und die werktätige Beihilfe aller Mitbürger, wäre nicht imstande, das Los der Kriegsblinden erträglich zu gestalten. Filbry (Würzburg).

464. **Augenärztliche Kriegserfahrungen;** von A. Jeß. (Samml. zwangl. Abhandl. a. d. Geb. d. Augenheilk. Bd. 10. H. 3.)

Bei Augenverletzungen sind frühzeitige Naht der Weichteile und Untersuchung auf Mitbeteiligung der Nebenhöhlen sehr wichtig. Bindehautplastik bei perforierenden Verletzungen ist oft segensreich für die Erhaltung des Auges. Zu hoher Entwicklung hat das Bestreben nach genauer Lokalisation besonders nicht metallischer Splitter das Röntgenwesen gebracht. Das stereoskopische Verfahren nach Trendelenburg und das stereoskiagraphische Verfahren nach Hasselwander wie das Sweltsche Verfahren erfreuen sich in der Ophthalmologie der allgemeinsten Anwendung. Die Granatsplitter sind wegen ihrer Zacken gefährlicher als die üblichen runden Splitter der Friedensverletzungen. Nach Kontusion werden häufig Lochbildung der Makula, Berlinsches Ödem (auch allein nach Luftdruck von Wessely beobachtet) und Vossiussche Ringtrübungen gefunden. Papillitis bei frischen Schädelschüssen ist harmlos. Kranke mit rezidivierenden Augenleiden (Herpes, Skrophulose) und mit Refraktionsanomalien von über 10 Dioptrien Myopie und über 8 Dioptrien Hyperopie sind nicht an der Front zu verwenden. Bei Nachtblindheit ist das Gesichtsfeld zu prüfen. Häufig treten bei Fliegern Skotome als Blendungserscheinungen auf.

Filbry (Würzburg).

VIII. Hygiene.

465. **Einiges über Ernährung und Diät im Kriege;** von Alfred Gigon. (Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte 1918. Nr. 26. S. 857.)

G. hat für die Normalkost folgende Zahlen vorgeschlagen: Eiweiß 90—130 g, Fett 60—100 g, Kohlehydrate 400—550 g, Kalorien 2900—3300, und nimmt für Notzeiten als zweckmäßiges hygienisches Minimum an: Eiweiß 70—80 g, Kalorien 2300 bis 2500, doch soll diese Kost nur vorübergehend angewandt werden. — G. erörtert die Frage, was in der Schweiz für die Bekämpfung der Unterernährung getan werden könne. Kadner (Dresden-Loschwitz).

466. **Zur weiteren Regelung der Krankenernährung während des Krieges;** von L. Kuttner. (D. med. Woch. 1918. Nr. 8. S. 203; Nr. 9. S. 228.)

K. zeigt, wie durch vertrauensvolles Zusammenarbeiten der behandelnden Ärzte, der begutachtenden Ärzte und der ärztlichen Prüfungsstelle es sich ermöglichen läßt, die Nahrungsmittel, die die Gemeinden zum Zwecke der Krankenernährung zur Verfügung stellen, tatsächlich und wirksam den Kranken zugutekommen zu lassen, die ihrer, ihrem Leiden entsprechend, am meisten bedürfen. Kenntnisnahme der Arbeit sei empfohlen.

Kadner (Dresden-Loschwitz).

467. **Falsche Ernährung — grünes Gemüse;** von Döllner. (Münchn. med. Woch. 1917. Nr. 26. S. 649.)

D. führt das Krankheitsbild der Ödemkrankheit auf die einseitige Kartoffelernährung zurück, da die Störung durch Zusatz von Fett, grünem Gemüse, Kakao in wenigen Tagen zur Heilung zu bringen sei. Es handle sich um eine Folge ungenügender Zufuhr organischer Salze; ein weiteres ätiologisches Moment sei der Mangel an frischer Luft, die ungenügende Versorgung des Blutes mit Sauerstoff.

Kadner (Dresden-Loschwitz).

468. **Stoffwechsel-Versuche an kräftigen und schwächlichen Schulkindern bei Kriegskost.** (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 35. H. 2. S. 130.)

Die Untersuchungen wurden an 4 Knaben von 13—14 Jahren gemacht. Aus den sehr ausführlichen, mit vielen Tabellen belegten Versuchen zieht Verfasser den Schluß, daß der Eiweißbedarf von kräftigen und schwächlichen Kindern ein sehr verschiedener ist, daß kräftige Kinder mit 1,5—2 g pro kg auskommen, schwächliche dagegen 1,3—1,72 g pro kg benötigen. Cordes (Berlin).

469. **Buttermilch und Bakterienwachstum;** von Kohshi Ohta. (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 35. H. 5. S. 357.)

Die gemachten Versuche beweisen übereinstimmend, daß die Milchsäure in der Konzentration, in welcher sie sich in der therapeutisch verwendeten Buttermilch findet, eine weitere Zuckerzersetzung durch die verschiedenen Stuhlbakterien und damit wahrscheinlich jegliche Bakterienentwicklung unmöglich macht. Cordes (Berlin).

470. **Bekämpfung der Tuberkulose in Wien;** von Böhm. (Wien. med. Woch. 1918. Nr. 9.)

Die Zunahme der Tuberkulosetodesfälle im Krieg betrifft besonders die Leute im erwerbsfähigen Alter von 16—60 Jahren. Die Tuberkulosebekämpfung geschieht durch die bestehenden Organisationen. Das Rote Kreuz und die Militärverwaltung unterstützen die Erweiterung der Fürsorgestellen, der Heilanstalten und der Tuberkuloseabteilungen in Krankenhäusern. Daneben geht der Tuberkulose-Schutz der gefährdeten Personen durch Verbesserung der Ernährung, der Wohnungsverhältnisse, Säuglings- und Jugendfürsorge. Fränkel (Heidelberg).

471. **Tuberkulosebekämpfung nach dem Kriege;** von E. Ranke. (Münchn. med. Woch. 1918. Nr. 12. S. 320.)

Die Abnahme der Tuberkulosesterblichkeit, die in den Jahrzehnten vor dem Weltkriege festgestellt wurde, ist weniger die Folge bewährter gegen diese

Krankheit gerichteter Bekämpfungsmaßregeln, als vielmehr eine Begleiterscheinung des wirtschaftlichen Aufschwunges. Das ganze Gebiet der Tuberkulosebekämpfung ist zu gliedern in Maßnahmen zur Ansteckungsverhütung und in Maßnahmen zur Verminderung der Bösartigkeit der Erkrankung. In der ersten Gruppe werden besprochen die Verhütung der Ansteckung von Rind zu Mensch und von Mensch zu Mensch (Ansteckung in der Familie, im Beruf, Infektion durch allgemeine Durchseuchung unserer Wohn- und Aufenthaltsstätten ohne direkte Beziehung zu einer Infektionsquelle). In der zweiten Gruppe gelangen zur Besprechung die Maßnahmen zur Verhinderung des Haftens der Infektion beim Gesunden und des Ausbruchs der Erkrankung beim bereits Angesteckten, sodann die Behandlung der Tuberkulosekranken, wobei R. besonders empfiehlt, gerade die Schwerkranken, die keine Heilaussichten haben, aber gerade die schwerste Infektionsquelle darstellen, in geeigneten Anstalten unterzubringen.

Geppert (Hamburg).

472. **Prophylaxe und Hygiene der Lungentuberkulose;** von Martin. (Med. Klin. 1918. Nr. 10.)

Die Übertragung von Tuberkelbazillen durch Tröpfcheninfektion beim Husten soll durch Vorhalten eines Taschentuches verhütet werden, das dann desinfiziert wird. Durch Schilder soll überall darauf hingewiesen werden. Schwere Lungenkranke mit offener Tuberkulose sollen nicht zu oft und lange besucht werden, sie sollen nicht als Lehrer im Dienst sein. Auf Kathedern und Schreibpulten sollte eine Glasplatte zum Schutz vor der Tröpfcheninfektion beim Husten in 50 bis 60 cm Höhe aufgestellt werden.

Fränkel (Heidelberg).

473. **Experimentelle Untersuchungen über eine läusesichere Schutzkleidung;** von F. Neufeld u. O. Schiemann. (D. med. Woch. 1918. Nr. 9. S. 231.)

N. und Sch. weisen an der Hand eingehender Versuche nach, daß die von ihnen empfohlene Schutzkleidung, die in einem Artikel in der Med. Klin. 1915, S. 365, beschrieben ist, wirklich sicher vor Übertragung einer Infektion durch Kleiderläuse schützen kann.

Kadner (Dresden-Loschwitz).

474. **Neue Beiträge zur Biologie und Bekämpfung der Läuse;** von B. Galli-Valerio. (Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte 1918. Nr. 40. S. 1341.)

Die Untersuchungen zeigten, daß *Läusestiche eine örtliche Immunität erzeugen;* sie sind nicht imstande, Mikroorganismen leicht einzuimpfen. Kleider- und Kopfläuse vertragen Hunger besser bei niedrigen Temperaturen. Kopfläuse können die Nisse auf Stoffasern fixieren. Kopf- und Kleiderläuse zeigen positive Thermotaxis. Die Wanderungen der Läuse werden durch Wärme beschleunigt. Die Läuse sind sehr empfindlich gegen die Dämpfe von Naphthalin, Pfeffer, Kampfer, Insektenpulver, weniger gegen die Gerüche dieser Stoffe. Bei den Läusen aus Lausanne fand G.-V. *nie* der Rickettsia Prowazeki ähnliche Körperchen.

Kadner (Dresden-Loschwitz).

475. **Bekämpfung der Stechmücken durch Blausäure;** von E. Teichmann. (Zeitschr. f. Hyg. u. Inf. Bd. 86. H. 1. 1918.)

Eine Bekämpfung der Stechmücken durch Blausäure ist durch Vergasung des Luftraums über der Wasserfläche möglich; die Brut geht zugrunde wenn der Luftraum 15 Minuten lang 0,25 Vol. % Blausäure enthält. Man kann auch mit dem Wasser eine 0,001%ige Zyannatriumlösung herstellen und 24 Stunden einwirken lassen; ist die Lösung nur um 0,0005 stärker, so werden auch kleinere Fische getötet; Fischereiinteressen verbieten also diese Anwendung.

Fischer-Defoy (Dresden).

476. **Gewerbehygienische Studien.** *1. Über Ölschäden in Gewerbebetrieben;* von W. Weichardt u. H. Apitzsch. (Zeitschr. f. Hyg. u. Inf. Bd. 86. H. 1. 1918.)

Bei in verschiedenen größeren Nürnberger Betrieben beschäftigten Arbeitern wurde ein der Petroleumakne ähnliches Krankheitsbild beobachtet, das auf ungenügend gereinigte, von der Maschine abspritzende Mineralöle zurückzuführen ist; für die Reizwirkung war nicht der Gehalt an Harzen, sondern der an leicht oxydierbaren Substanzen verantwortlich zu machen. Durch Behandlung mit Permanganat und Chlorgas konnte das Öl fast reizlos gemacht werden. Es werden Schutzärmel aus mit Cellonlack imprägniertem Ballonstoff empfohlen.

Fischer-Defoy (Dresden).

477. **Über „Mea Jodina" als Händedesinfektionsmittel;** von O. Jüngling. (Zentralbl. f. Chir. 1918. Nr. 19. S. 320.)

Als Ersatzmittel für Alkohol zur Händedesinfektion wurde in der letzten Zeit ein wasserlösliches Jodpräparat „Mea Jodina" auf den Markt gebracht. Es sind dies Pastillen, die durchschnittlich 1 g Jod enthalten und in 1—3 Liter Wasser zu lösen sind. Nach den in der Tübinger chirurg. Klinik vorgenommenen Untersuchungen steht der Desinfektionswert der Mea-Jodinalösung weit hinter dem des Alkohols zurück. Die Haut verträgt auf die Dauer das Jod sehr schlecht.

Wagner (Leipzig).

478. **Die Desinfektion der Hände mit Thymolspiritus;** von C. Hirsch. (Zentralbl. f. Chir. 1918. Nr. 3. S. 35.)

Bei sämtlichen eiterigen und nichteiterigen Ohroperationen zieht H. zur Desinfektion des Operationsfeldes den 3%igen Thymolspiritus der Jodtinktur vor. Er benutzt den Thymolspiritus auch zur Desinfektion der Hände: kurze Reinigung mit Wasser und Seife, Abtrocknen, sodann Einreiben der Hände und Arme bis zum Ellenbogen mit einem mit 3%igem Thymolspiritus gut befeuchteten Mullbausch. Hierauf kann mit dem Operieren sofort begonnen werden. Die Hände leiden nicht unter dem Thymolspiritus.

Wagner (Leipzig).

479. **Organisatorische Maßnahmen zur Seuchenbekämpfung;** von P. Schmidt. (D. med. Woch. 1918. Nr. 21. S. 561.)

Beherzigenswerte Vorschläge: Es sollen Laienortskommissionen eingerichtet werden zur Erkundung und Feststellung verborgen gebliebener Krankheitsfälle und zur Auffindung von Bazillenträgern und Dauerausscheidern. Bei den Medizinaluntersuchungsämtern soll der Betrieb der Laboratorien so einfach wie möglich gestaltet werden. Statt der Stuhluntersuchungen bei akuten Typhusverdächtigen seien die viel einfacheren Blut-Galle-, bzw. Blutgalle-Bouillon-Kulturen, eventuell bei Verunreinigungen in Verbindung mit Malachitgrün-Agar, als billiger und zuverlässiger Ersatz zu empfehlen. Untersuchungsämter und hygienische Institute seien in größerem Maße zu beratenden Organen für die Ärzteschaft auszugestalten. Eine dankbare und wirksame Aufgabe sei die Erziehung der Mütter zu hygienischen Sitten. Typhus-

bazillen-Dauerausscheider seien nach einem Ausleseverfahren zu suchen, begründet auf die Erfahrung, daß 80% aller Dauerausscheider Frauen sind, und unter Verwendung von Malachitgrün Agarplatten (ganz kleines Format); neutrale Reaktion und völlige Klarheit des Agars sind erforderlich.

Kadner (Dresden-Loschwitz).

480. **Dauerausscheider nach typhösen Erkrankungen. Bakteriologische und klinische Erfahrungen über die Latenz der chronischen typhösen Infektion;** von Reibmayr. (Münchn. med. Woch. 1918. S. 670.)

Die Dauerausscheidung bei Paratyphus A und B durch den Stuhl ist völlig gleich wie bei Typhus. Bei Paratyphus-B-Kranken gelingt der Nachweis der Keime im Stuhle oft erst in der Rekonvaleszenz. Die Dauerausscheider scheiden die Keime meist massenhaft aus; der Nachweis ist oft konstant, seltener nur periodisch zu führen.

Die Einsaat der Keime durch die Galle ins Duodenum geschieht periodisch; die pathogenen Keime siedeln sich jedoch im Darme für Wochen an. Epidemiologisch wichtig sind die nicht selten vorkommenden Spätausscheider. Urindauerausscheider sind bei Paratyphus B selten; nach Paratyphus B gibt es chronische Rachenbazillenträger; Leute mit spezifischen Periostabszessen müssen keine Dauerausscheider sein oder werden.

Dauerausscheider nach typhösen Erkrankungen haben häufig früher eine allgemeine septische Infektion durchgemacht. Der Zustand der Dauerausscheidung festigt sich im Laufe späterer Monate und Jahre; im ersten Halbjahre nach der Erkrankung werden ca. 25% spontan infektionsfrei.

Die typische Cholezystitis spielt in den ersten 15 Monaten eine geringe Rolle; dagegen sind diffuse subjektive Beschwerden im Oberbauch (Leber) häufig. Die Cholezystitis ist mehr eine Folge als eine Ursache der Dauerausscheidung.

Die chronischen Erkrankungen des Darmes spielen für die typische massenhafte Dauerausscheidung keine nachweisbare Rolle.

Königsfeld (Freiburg).

481. **Über die Isolierungszeit bei Fleckfieber;** von Erich Martini. (D. med. Woch. 1917. S. 1448.)

Bei gründlicher Entlausung ist als Isolierungsdauer Fleckfieberverdächtiger während der Inkubationszeit ein Zeitaum von 17 Tagen ausreichend. Bei Fleckfieberrekonvaleszenten genügt eine Isolierungsdauer von 10 Tagen nach der Entfieberung. Fleckfieberfeste Personen, d. h. solche, die innerhalb der letzten 2 Jahre Fleckfieber durchgemacht haben, können nach der Entlausung sofort freigelassen werden. Ist die Erkrankung nicht mit Sicherheit nachzuweisen, so ist bei positivem Weil-Felix anzunehmen, daß innerhalb der letzten Wochen Fleckfieber überstanden wurde und deshalb Fleckfieberfestigkeit besteht.

Königsfeld (Freiburg).

IX. Strahlenkunde.

482. **Zur Kasuistik der Röntgenbeschädigungen nach Tiefenbestrahlungen;** von Victor Pranter. (Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 31. S. 93. 1918.)

Die bedauerlichen Spätschädigungen nach Tiefenbestrahlungen mit harter Röhre und entsprechenden Kautelen finden sich immer wieder. Bei Frühschädigung tritt schon nach wenig Wochen nach Dermatitis die Geschwürsbildung auf. Langsamer entwickelt sich die chronische Röntgendermatitis in Spätfällen, und da ergibt sich, daß die Fettgewebe-Nekrose der Hautnekrose vorausgeht. Dieselbe folgt der Kapillargefäß-Endothelalteration und der Endarteriitis größerer Gefäße. Jeder Eintritt von Erythem und starker Pigmentierung muß den Röntgologen zur Vorsicht mahnen. von Noorden (Bad Homburg).

483. **Über die Bedeutung des Mineralstoffwechsels in der Strahlentherapie;** von W. Lindemann. (Münchn. med. Woch. 1918. Nr. 38. S. 1048.)

Experimentelle Untersuchungen ergeben die Tatsache, daß jede Zufuhr von Metallen, z. B. Kalzium, Eisen oder Arseneisen, im Körper die Darmwand mit Metallionen anreichert. Hieraus ergibt sich ohne weiteres unter dem Einfluß einer Bestrahlungstherapie, Radium oder Röntgen, eine Auslösung von Sekundärstrahlen von den Metallionen, deren Charakter weich und von hohem biologischem Effekt ist. Als weitere sekundäre Strahlungsquelle kommen die im Darminhalt vorhandenen nicht resorbierten Mineralstoffe, besonders die Schwermetalle in Betracht. Die Anreicherung findet besonders im Duodenum und Dickdarm statt. Die Möglichkeit, daß hierdurch eine Disposition zu Schädigungen der Darmschleimhaut und der Darmwand gesetzt werden können, bedingt als praktisches Ergebnis Vorsichtsmaßregeln, die in möglichster Entleerung des Magendarmkanals, Verlegung einer intensiven Bestrahlung auf die Vormittagsstunden und Einschaltung großer Erholungspausen zwischen den einzelnen Bestrahlungsseiten zu bestehen hätten. Kautz (Hamburg).

484. **Neue Hilfsmittel zur Röntgentiefentherapie;** von H. Wintz u. L. Baumeister. (Münchn. med. Woch. 1918. Nr. 38. S. 1050.)

1. Der Härtemesser. W. und B. beschreiben einen Härtemesser, dessen Vergleichsfeld in einer Preßpapiermasse Pertinax besteht, deren Durchlässigkeit in der gegebenen Dicke ungefähr 1 cm Wasser entspricht. Zum Vergleich wird eine Aluminiumtreppe herangezogen in steigender Schichtdicke von 1 mm bis zu 2,7 mm. Letzterer Wert, i. e. der Dichtigkeitswert des Aluminiums, stellt die Absorptionsdichte des Aluminiums bei härtester Strahlung bei einer Spannung von 170—180 Kilovolt unter einem 0,5 mm Zinkfilter dar. Das Instrument hat sich dem Verf. zur Messung härtester homogener Strahlung praktisch hinreichend bewährt.

2. Hochspannungsleitung am Bestrahlungstisch. Sie besteht in derartiger Anordnung der Hochspannung, daß jeder Bestrahlungstisch an seinen Ecken 4 Masten aus Holz trägt, auf die ein Pertinaxrohr angesetzt ist, das in einen Porzellanisolator endet. Zwischen den Masten verläuft je ein 10 mm starkes poliertes Rohr, das an einem Ende mit dem entsprechenden Induktorpol verbunden ist. Gleichzeitig mit einer erheblichen Verkürzung der Hochspannungsleitungen gestattet die Anordnung eine Herabdrückung auf ein Minimum selbst bei hohen Spannungen der für die Entstehung giftiger Gase den offenen Funkenstrecken gleichzustellenden Ausstrahlungen und dunklen Entladungen.

3. Die elektrisch gezündete Gasflamme am Regenerierhahn. Da mancherorts durch schlechte Beschaffenheit des Leuchtgases und unangenehme Eigenschaften des einer Bombe entnommenen Blaugases

im Betriebe des Regenerierautomaten Störungen eintraten, konstruierten W. und B eine Einrichtung, die es gestattet, das Palladiumröhrchen durch elektrischen Strom direkt zu erhitzen. Und zwar benutzen W. und B. zur Zündung der Flamme einen von der Erdkathode aus mehrere Zentimeter luftraumüberbrückenden Funken. Als weiterer Vorteil dieser Anordnung ergibt sich eine gleichzeitige Auslöschung der Flamme mit dem Ausschalten des elektrischen Stroms, wodurch die Röhre vor unzweckmäßiger Regenerierung geschützt wird. Kautz (Hamburg).

485. **Zur Bewertung der Röntgenbehandlung bei Myomen und Metrorrhagien**; von A. Lorey. (D. med. Woch. 1918. Nr. 1. S. 13.)

Im Gegensatz zu Nagel hält L. die Röntgenbestrahlung der Myome mit Ausnahme der gestielten, submukösen Myome für die Therapie der Wahl, weil sie, richtige Technik vorausgesetzt, in allen Fällen zum Ziele führt und ungefährlich ist, während die Operation trotz hochentwickelter Technik doch immerhin noch mit etwa 5% Todesfällen rechnen muß, und speziell bei ausgebluteten Frauen mit Herzschwäche die operative Behandlung eine ganz außerordentlich schlechte Prognose bietet.

Kautz (Hamburg).

486. **Ein neues Spreizspekulum für vaginale Röntgenbestrahlung**; von S. Stephan. (Strahlentherapie Bd. 8. S. 425. 1918.)

Beschreibung eines neuen Spreizspekulums für vaginale Bestrahlung der Ovarien, durch das es gelingt, einen Strahlenkegel von 12 cm Basisdurchmesser zu erzeugen. Während ein Bleiglastubus von 4 cm Weite an der Portio ein Bestrahlungsfeld von $12^1/_2$ qcm ergibt, beträgt das des Spreizspekulums bis zu 113 qcm Flächeninhalt, i. e. eine Vergrößerung um das Neunfache. Der Nachteil der metallenen Beschaffenheit des Spekulums wird durch Erdung ausgeglichen. Kautz (Hamburg).

487. **Die Röntgenbestrahlung der Genitalsarkome und anderer Sarkome und ihre Erfolge**; von Seitz u. Wintz. (Münchn. med. Woch. 1918. Nr. 20. S. 527.)

Die Röntgenbestrahlung der Sarkome ergab z. T. glänzende Erfolge. Die Sarkomdosis beträgt 60 bis 70% der Hautdosis. Am besten reagieren die besonders bösartigen primären Sarkome Jugendlicher; bis zu $1^1/_2$ Jahren betrug die Rezidivfreiheit. Auch sekundäre Sarkome sind günstig zu beeinflussen, wenn genügend große Dosen appliziert werden; desgleichen Sarkome anderer Organe. Refraktär sind Fälle von allgemeiner Überschwemmung der Blutbahn mit Sarkomzellen und manche Fälle von Rezidiven nach ungenügender Operation. Kautz (Hamburg).

X. Militärmedizin.

488. **Psychogene Psychosen im Heimatgebiet bei Kriegsteilnehmern**; von Ruben. (Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 74. S. 393.)

R. führt 22 Krankengeschichten an und vergleicht sie mit den Schreckpsychosen der Front. Bei den psychogenen Psychosen im Heimatgebiet bei Kriegsteilnehmern finden sich verhältnismäßig häufig Depressionszustände und Pseudodemenzen, die an der Front von Kleist nicht beobachtet wurden. Einfache Dämmerzustände (Ganser-Formen) sind in der Heimat viel häufiger als unter den Schreckpsychosen der Front. Andererseits fehlen in der Heimat die in der Front besonders zahlreichen angstvollen Delirien, die heiteren und läppischen Dämmerzustände.

Schmidt (Andernach).

489. **Über Kriegsneurosen bei türkischen Soldaten**; von Pappenheim u. Kraus. (Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 74. S. 310.)

Unter 6000 Krankenaufnahmen fanden sich 12 Fälle mit groben funktionellen Störungen, bei denen aber Schütteltremor, Myotonoclonia trepidans u. dgl. fehlten. Außerdem ein organischer Fall mit übergelagerten funktionellen Zügen und ein Fall von Mutismus nach Schädelschuß.

Schmidt (Andernach).

490. **Zur Frage der Kriegspsychosen**; von Kreuser (†). (Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 74. S. 113.)

Wenngleich K. auch feststellen konnte, daß weder eine ungewöhnliche Häufung krankhafter Störungen der Geistestätigkeit bei den Heeresangehörigen erwiesen ist, noch besondere dem Kriege eigentümliche Krankheitsformen zu beobachten sind, so zeigte sich doch eine andere Verteilung der Erkrankungen beim Zugang aus dem Heere gegenüber den Friedenszeiten. Die geistigen Störungen ließen sich nicht lediglich aus äußeren Begleitumständen des Krieges ableiten, sondern wiesen vielmehr deutliche Beziehungen zu seinen Gefahren und Strapazen auf. Geltend machten sie sich in einem bemerkenswerten Anwachsen der schizophrenen, einer wesentlichen Vermehrung der psychogenen Formen bei der zum Heeresdienst herangezogenen männlichen Bevölkerung; ihr gegenüber traten Erkrankungen auf organischer, intoxikatorischer und ererbter Grundlage entsprechend zurück. Für die Zunahme der ersteren kam der Krieg und was er mit sich bringt, kaum je als alleinige, sondern mehr oder weniger als auslösende Gelegenheitsursache in Betracht. Als ausschließliche und eigenartige Kriegspsychosen konnten nur die in ihm erworbenen unmittelbaren psychischen Schädigungen durch Verletzungen des Gehirns und seiner Hüllen angesprochen werden. Auch bei ihnen war so wenig wie bei den sonstigen Geistesstörungen dem Inhalt der Psychose eine Bedeutung für ihre ursächlichen Beziehungen zuzuschreiben. Der verhältnismäßig günstige Verlauf der meisten Erkrankungen, auch solcher, die nicht mehr zur völligen Ausheilung kamen, durften als ein Beweis für die Wichtigkeit frühzeitiger Krankenfürsorge gelten, wie sie sich im Heeresdienste um der Schlagfertigkeit und Zuverlässigkeit der Truppen willen rascher einzustellen pflegte als im bürgerlichen Leben. Schmidt (Andernach).

491. **Le traitement et la guérison des Psychonévroses de guerre invetéreés à l'hôpital Saint-André de Salins**; von F. Naville. (Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte 1918. S. 817.)

Die Behandlung der hysterischen Kriegsneurosen hat sich nach den Ausführungen N.s in Frankreich ähnlich entwickelt wie in Deutschland.

Auch in Frankreich bestand eine, und zwar von Babinski ausgehende Ansicht, daß die Kriegsneurosen eine organische Grundlage hätten. Durch die günstigen therapeutischen Erfolge wurde das Irrige dieser Anschauung bewiesen. Die Behandlung in dem von N. besuchten Bezirk Frankreichs besteht nach einer Ausscheidung der für Behandlung geeigneten Fälle in einem Beobachtungslazarett in

Besançon zunächst in Bettruhe in einem besondern zur Vorbereitung dienenden Lazarett. Geheilte Fälle, die Ausgang und Urlaub bekommen, dienen zur Schaffung der nötigen suggestiven Atmosphäre. In dem eigentlichen Behandlungslazarett, in das die Kranken dann kommen, liegen solche mit den gleichen Störungen in einzelnen Sälen zusammen. Die Behandlung selbst besteht in Wachsuggestion, teilweise unter Anwendung des faradischen Stromes, und zwar in einer Sitzung. Darauf folgen Übungen und dann Einteilung in eine Kompagnie; später kommen die meisten zum militärischen Arbeitsdienst. Anfangs war der Heilungsprozentsatz 95%, seit dem Zuströmen refraktärer Fälle aus anderer Gegend Frankreichs ist er über 80%.

Jolly (Halle).

492. Die Frühtracheotomie im Rahmen truppenärztlicher Tätigkeit an Großkampftagen; von Hohlfelder. **(D. med. Woch. 1918. Nr. 21. S. 574.)**

Der Truppenarzt kann durch Frühtracheotomie manchen Kehlkopfverletzten vor der Erstickung retten. *Überall*, auch unter ungünstigen Verhältnissen kann tracheotomiert werden. H. hat 4 dem Ersticken nahe im engen Unterstand tracheotomiert. Er knüpft daran einige allgemeine Bemerkungen über den truppenärztlichen Dienst an Großkampftagen und über die ärztliche Ausrüstung des Truppenarztes. Thormählen (Hamburg).

493. Einfache Dermatosenbehandlung im Felde; von Ernst Dobihal. **(Der Militärarzt 1918. H. 4. S. 66; Beilage zur Münchn. med. Woch. 1918. H. 29.)**

D. ist von 1/4proz. Kal. permang.-Lösung zu Umschlägen bei impetiginösen Erkrankungen und von der Formalinbehandlung der Furunkulose nach Aschner begeistert. Als eine rasch epithelisierende Salbe für Brandwunden, Ulcera cruris, Schnittwunden usw. empfiehlt er: Alum. crud. 1,0, Acid. boric. 3,0, Bals. Peruv., Bismuth subnitr., Amyl. ana 15,0, Vaselin ad 100,0. Brauns (Dessau).

494. Die Behandlung der nierenkranken Heeresangehörigen; von Schlayer. **(Med. Korr.-Bl. d. Württ. ärztl. Landesvereins Bd. 88. Nr. 34. S. 299.)**

Nach Sch. sind die Mehrzahl der Kriegsnephritiden akute Nephritiden postinfektiösen Ursprungs. *Ödem* und *Urämie* sind die beiden Erscheinungen, die in erster Linie das ärztliche Können in Anspruch nehmen. Das Ödem kann enormen Umfang gewinnen; es entstehen aus einem Zusammentreffen renaler und extrarenaler Einwirkungen: Die Schädigung der Niere hindert die Harnabsonderung, die gleichzeitige Schädigung der Gewebe läßt in deren Maschen Salze und Wasser eindringen. Der Anteil jedes dieser beiden Faktoren könne verschieden groß sein und bei demselben Kranken im Verlauf der Krankheit wechseln. Anfangs sei die universelle Schädigung der Gewebe die Hauptursache des Ödems, später wiege die Schädigung der Niere vor. Von den Hilfsmitteln gegen das Ödem wirken direkt auf die Niere die Diuretika; weniger direkt wirken Kochsalz und Wasser. Bei vorzugsweise extrarenaler Schädigung sei Kochsalzentziehung das wichtigste ödemwidrige Mittel; ferner das Schwitzbad, die Ableitung auf den Darm und, soweit er in Betracht kommt, der Aderlaß. Diese Maßregeln wirken alle durch Inbewegungbringen der in den Geweben angehäuften Wassermengen. Ob ein Ödem vorzugsweise renal oder extrarenal ist, läßt sich bisweilen entscheiden: gleichzeitige Erscheinungen von Urämie sprechen für renale Schädigung, fast keine Albumose und hohe Urinkonzentration für extrarenale. Durch die kochsalzarme Kost kommt zuerst die Stickstoffausscheidung wieder in Gang, dann erst langsamer die Kochsalzausscheidung, zuletzt das Wasser. Kochsalzarm ist folgende für kurze Zeit anwendbare Kost: 600 Milch, reichlich gekochtes Obst, Milchreis oder Milchbrei, Schleimsuppen ohne Salz, Flüssigkeit bis zu 2 Liter; oder ein Milchtag: 2000 g Milch in einzelnen Portionen über den Tag verteilt. Nur bei starker Stickstoffretention oder Zeichen von Urämie muß man vorsichtiger mit der Milch*menge* sein; dann ist ein milchloser Tag einzuschieben: 8mal im Laufe des Tages 250 g Wasser mit je 0,4 Kochsalz und 1,4 Stickstoff in Gestalt von 3 g Harnstoff in Oblaten, sonst weder Nahrung noch Flüssigkeit. Dieses Vorgehen ist aber nur bei Nichturämischen anzuraten. Der Erfolg war immer glänzend. Milchtag und milchloser Milchtag sind immer nur für *einen* Tag anzuwenden. Antwortet die Niere nicht binnen 3—4 Tagen, so geht Sch. zu einer Kost über mit etwa 5—6 g Kochsalz und 8—12 g Stickstoff: Brot, Butter, Kartoffeln, Gemüse, Mehlspeisen, Marmelade. Nach 2 Tagen dieser Kost ist eine zweite kochsalzarme Periode einzuschieben, bzw. ein Milchtag. Das Wesentliche sei sehr häufiger Wechsel der Kost in kurzen Perioden. Der Erfolg der kochsalzarmen Kost kann wesentlich gefördert werden durch Ableitung auf den Darm (dick eingekochtes Sennadekokt oder Brustpulver). Gelegentlich nützt auch ein großer Aderlaß (5—600 ccm), um die Harnflut hervorzurufen. Wenig günstig wirken die Schwitzbäder. — Fängt das Kochsalz an, eine bessere Ausscheidung zu zeigen, so ist baldige Diurese zu erwarten. In diesem Stadium empfiehlt Sch. außer dem Milchtag oder dem milchlosen Milchtag Diuretika, namentlich Diuretin, anzuwenden. — Bei Zeichen von Urämie muß anders verfahren werden. Zunächst, auch bei Krampfurämie, ist ein Aderlaß indiziert. Lumbalpunktion ist erfolglos, Schwitzbäder gefährlich. Dann Diuretika, Digitalis — in zunächst kleinen, aber eventuell rasch steigenden Dosen. — Die Behandlung der Genesenden in der Heimat richtet sich danach, wann die Ödeme geschwunden sind: kochsalzarme Kost, 5—8 g täglich, wenn erst kurze Zeit verflossen ist. Unverhältnismäßige Gewichtszunnahme weist auf Bevorstehen von Ödemen hin — selten! — Das Kochsalzbedürfnis wird gemildert durch Darreichung von Gewürzen. — Die gründliche Arbeit ist sehr zum Selbststudium zu empfehlen. Im Württemb. Korr.-Bl. Aug. 1918 erschien ein Auszug der Arbeit. Kadner (Dresden-Loschwitz).

495. Zur Verletzung durch Phosphorgeschosse; von W. Haas. **(Zentralbl. f. Chir. 1918. Nr. 44. S. 792.)**

Mitteilung eines einschlägigen günstig ausgegangenen Falles. Verletzungen, die durch phosphorhaltige Geschosse (Leuchtspurgeschosse, Zünder usw.) verursacht sind, erfordern eine möglichst frühzeitige und radikale Inangriffnahme, damit eine gefährliche Phosphorresorption tunlichst verhindert werden kann. Die Wunde ist in allen Fällen möglichst frühzeitig zu exzidieren, und zwar soweit, bis überall gesunder Gewebsquerschnitt vorliegt. Jeder Klage des Operierten über „brennenden Wundschmerz" ist unvorzüglich nachzugehen. Der erste Verbandwechsel ist bereits 6 Stunden nach der Wundexzision vorzunehmen; die ersten 4—5 Tage täglicher Verbandwechsel. Das Allgemeinbefinden ist sorgfältig zu überwachen. Die Narkose mit Chloroform ist zu vermeiden. Wagner (Leipzig).

C. Bücherbesprechungen.

26. **Praktikum der klinischen, chemischen, mikroskopischen und bakteriologischen Untersuchungsmethoden**; von M. Klopstock u. A. Kowarsky. Fünfte umgearbeitete u. vermehrte Aufl. Berlin u. Wien 1918. Urban & Schwarzenberg. Mit 36 Textabbild. u. 24 farb. Taf. (Geb. 15 Mk. und 30 % Teuerungszuschlag)

Ein Werk, das seit seinem ersten Erscheinen die fünfte, seit Beginn des Krieges die dritte Auflage erlebt, bedarf keiner Empfehlung. Es sei jedoch erwähnt, daß im bakteriologischen Teile das Kapitel über Malaria neu bearbeitet wurde und daß ein Abschnitt über die Diagnose des Fleckfiebers hinzugekommen ist. Andere Abschnitte wurden geändert und ergänzt. Angaben über die semiologische Bedeutung der quantitativen Befunde der normalen Harnbestandteile und Darstellungen einer Reihe von Reaktionen und Methoden, die sich in der Praxis bewährt haben, erhöhen den Wert des Werkes. Die beigegebenen Illustrationen sind von vorzüglicher Ausführung.

Kadner (Dresden-Loschwitz).

27. **Zur Pathologie und Therapie der diffusen Nephritiden**; von Aufrecht. Berlin 1918. A. Hirschwald. 120 S. (5 Mk.)

Man wird die Zusammenfassung von langjährigen Erfahrungen und eigenartiger Auffassung über eine Organerkrankung von einem alten bewährten Praktiker gerne entgegennehmen. A. scheidet die entzündlichen Vorkommnisse an den Nieren in tubuläre, vaskuläre und hyalin-vaskuläre Prozesse. Zu ersteren gehört die parenchyamtöse N., die zweite Form umfaßt die Granerulonephritis, auch die Veränderungen nach Infektionskrankheiten und neuerdings die Kriegsnephritis. Das letztere Bild deckt sich mit der Schrumpfniere und den arteriosklerotischen Ausgängen. Die Harnzylinder sind Sekretionsprodukte der Epithelien, in anderen Fällen sind diese mitvermengt; andre entstehen aus Blut. Neben dem alten Erfahrungssatz, therapeutisch mit Bettruhe, Diät, salzarmer Kost und symptomatischer Behandlung vorzugehen, empfiehlt A., auf die Diurese und Diaphorese den größten Wert zu legen. Es ergibt sich aus der Anlage des Werkchens, daß die Ansichten, welche im Laufe des letzten Menschenalters über die verschiedenen Punkte laut geworden sind, diskutiert werden.

von Noorden (Bad Homburg).

28. **Über die Beziehungen der Muskelarbeit zum Blutzucker**; von L. R. Grote. Halle a. S. 1918. Carl Marhold. Mit 57 Kurven. (Brosch.)

Aus den subtilen, fleißigen Untersuchungen zieht G. wichtige Schlüsse. Es wurden Reihenuntersuchungen vorgenommen an ruhenden stoffwechselgesunden Menschen und bei Diabetischen, bei Leberkranken, Anämischen und anderen Kranken. Bei ruhenden stoffwechselgesunden Menschen veränderte sich die Blutzuckerhöhe nicht, die Arbeitszuckerkurve Gesunder verlief im allgemeinen horizontal und zeigte nur gegen Ende eine Tendenz zum Sinken. Bei Zuckerkranken ist das Verhalten der Blutzuckerkurve wesentlich labiler. Es besteht eine höhere Reizbarkeit der Glykogenolyse der Leber. Unter den Leberkranken zeigten diejenigen Steigerung, bei denen die Parenchymzelle der Leber funktionell geschädigt erscheint. Anämien neigen zu Hyperglukämie, die durch Muskelarbeit in vorgeschrittenen Fällen gesteigert wurde. — Ein Fall von Addisonscher Krankheit zeigte bei wiederholter Untersuchung ein Ansteigen des Blutzuckers unter Muskelarbeit.

Kadner (Dresden-Loschwitz).

29. **Bakteriologie für Krankenschwestern**; von Karl v. Frisch. Wien u. Leipzig 1918. Alfred Hölder. 91 S.

Eine Darstellung der wichtigsten Tatsachen aus der Bakteriologie und der Lehre von den Infektionskrankheiten und der Immunität in leicht verständlicher, klarer Form, so daß die Anschaffung des Büchleins für Krankenschwestern und alle Laien, die Interesse an diesen Fragen haben, zu empfehlen ist.

Koenigsfeld (Freiburg).

30. **Die Seuchenbekämpfung und ihre technischen Hilfsmittel.** Ein Wegweiser für praktische und beamtete Ärzte, Verwaltungsbeamte, Krankenhausleiter, Desinfektoren, Gesundheitsaufseher, Krankenpfleger und -pflegerinnen; von Otto Lentz. Berlin. Leonhard Simion Nachf. 64 S. (5 Mk.)

Nach einer Übersicht über die Entstehung und Verbreitung der Infektionskrankheiten werden die technischen Hilfsmittel zu ihrer Bekämpfung besprochen, die Einrichtung von bakteriologischen Untersuchungsanstalten, Isolierkrankenhäuser, Desinfektionsanstalten, Bade- und Entlausungseinrichtungen, die Herstellung der verschiedenen Schutzimpfstoffe, besonders der Pockenlymphe und der Heilsera usw. Die klare Darstellung des Stoffes und die zahlreichen erläuternden Abbildungen berechtigen das Buch, sich an den weiten Kreis von Interessanten zu wenden, der im Titel genannt wird.

Koenigsfeld (Freiburg).

31. **Kompendium der Frauenkrankheiten**; von Meyer-Ruegg. 3. Aufl. 1917. v. Veit & Co. 360 S. (10 Mk.)

Die neue Auflage berücksichtigt u. a. die in den letzten Jahren gewonnenen Anschauungen über die Menstruationsvorgänge und die Endometritis, sowie manche therapeutische Neuerungen. Auch sind die Figuren, zum Teil farbig, fast durchweg neu.

Klien (Leipzig).

32. **Handbuch der gesamten Therapie**; von Penzoldt u. Stintzing. 5. Aufl. 33. bis 34. Lief. (Bd. VII., S. 1—334). Abt. XVII: *Geburtshilfliche Behandlung*; von K. Franz. Jena 1918. G. Fischer. (5 Mk.)

In drei Hauptkapiteln wird die Behandlung der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbetts sowie ihrer Störungen in knapper präziser Form abgehandelt. Bei aller Berücksichtigung fremder Erfahrungen wird die eigene stets besonders unterstrichen, so daß der Leser sich ein ziemlich genaues Bild machen kann, wie in der Charitéklinik gearbeitet wird. Die 35 Textabbildungen sind gut.

Klien (Leipzig).

33. **Handbuch der gesamten Therapie**; von Penzoldt u. Stintzing. 5. Aufl. 4. Bd.: *Erkrankungen des Nervensystems, Geistes-*

krankheiten. Jena 1916 u. 17. Gustav Fischer. 961 S.)

In dem vorliegenden Band des bekannten Werks teilen sich in die Kapitel über die Behandlung des Nervensystems folgende Autoren: Dahlgren, Edinger, Henschen, Grober, Jamin, Hößlin, Reichmann, Nocht, Röpke, Krause, Fedar, Stintzing, Gutzmann, Strümpell, Trembur.

Die allgemeine Behandlung der Geisteskrankkrankheiten ist von G. Specht, die Behandlung der einzelnen Formen des Irreseins von Ziehen verfaßt.

Für jeden Interessenten ist das Werk sowohl zum Studium einzelner Kapitel wie zum Nachschlagen über besondere Fragen warm zu empfehlen.

Jolly (Halle).

34. **Wahrheit und Schönheit in der Psychoanalyse;** von O. Pfister. Zürich. Raschner & Cie. 143 S. (7 Mk.)

Pf., Pfarrer in Zürich, bringt als Beispiel eine ausführliche Psychoanalyse und spricht von der ästhetischen, intellektuellen und ethischen Schönheit der Psychoanalyse. Dieselben seien im Grunde eins, sie seien die Wahrheit. Jolly (Halle).

35. **Forensisch-psychiatrische Erfahrungen im Kriege;** von Wilhelm Schmidt. [Abhandlungen aus der Neurologie, Psychiatrie, Psychologie und ihren Grenzgebieten. Beihefte zur Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie. Herausgeg. von K. Bonhoeffer. H. 5.] Berlin 1918. S. Karger. VIII u. 219 S. (9 Mk. 80 Pf.)

In diesem Kriege fiel den Irrenärzten die Aufgabe zu, nicht nur die vielen geisteskrank gewordenen Militärpersonen zu behandeln, sondern auch in einem großen Umfange für die Militärgerichte Gutachten über die Zurechnungsfähigkeit abzugeben. Namentlich die letztere Arbeit gestaltete sich manchmal sehr mühevoll, zumal die Berufungsgerichte sehr oft eine erneute Beobachtung und Begutachtung anordneten. Um so lobenswerter ist es anzuerkennen, daß Sch. noch Zeit gefunden hat, einen Teil seiner Beobachtungsfälle, die er von Januar 15 bis Mitte 17 in der psychiatrischen Universitätsklinik in Freiburg zu bearbeiten hatte, zusammenzustellen. In seiner Arbeit, der er 107 Gutachten zugrunde legt, hat er es meisterhaft verstanden, alles das fortzulassen, was schon bekannt ist. Auch bei der Wiedergabe der Krankengeschichten hat er sich möglichster Kürze befleißigt, dagegen bringt er etwas ausführlicher bei den verschiedenen strittigen Punkten, wie Simulation, Hysterie, Epilepsie, Fuguezustände, Strafaufschub, Glaubwürdigkeit usw. seine Ansicht zum Ausdruck. Verschiedentlich weist er auf die Schwierigkeiten bei der Diagnose und Begutachtung hin. Hoffentlich wirkt dieses Werk auch in solchen Kreisen aufklärend, die gern psychiatrische Gutachten kritisieren.

Schmidt (Andernach).

36. **Ergebnisse psychiatrischer Begutachtungen beim Kriegsgericht;** von Stoll. Halle a. S. Carl Marhold. 34 S. (1 Mk. 20 Pf.)

Übersicht über 158 Fälle, gegen die im Laufe des Jahres 1916/17 ein kriegsgerichtliches Verfahren geschwebt hatte. St. ist der Ansicht, daß alle auf Grund des § 51 bzw. 61 Freigesprochenen nicht im vollen Besitz ihrer staatsbürgerlichen Rechte bleiben dürften. Für das kommende Strafrecht macht er den Vorschlag, daß bei all diesen Leuten geprüft werden solle, wieweit sie im bürgerlich-rechtlichen Sinn noch geschäftsfähig sind, bzw. fähig ihre eigenen Angelegenhetien zu besorgen. Ferner sollte die Aberkennung zum mindesten eines bestimmten Teils der die öffentlichen Angelegenheiten betreffenden Rechte unlösbar mit der Exkulpierung verknüpft und im Fall der Annahme verminderter Zurechnungsfähigkeit jedenfalls die Möglichkeit der Aberkennung vorgesehen werden. Jolly (Halle).

37. **Neurologie und Psychiatrie;** von R. Tetzner. Leipzig 1918. Verlag der Buchhandlung des Verbandes der Ärzte Deutschlands z. W. i. w. I. 168 S. (5 Mk.)

Nach einem allgemeinen Teil wird im Anschluß an je einen ausführlicher mitgeteilten Fall die Symptomatologie und Therapie der hauptsächlichsten Nerven- und Geisteskrankheiten kurz erörtert. Das Büchlein ist für seinen Zweck, die wichtigsten Symptome einer Nerven- und Geisteskrankheit dem praktischen Arzt vor Augen zu führen, recht gut geeignet.

Jolly (Halle).

38. **Beobachtungen und praktische Erfahrungen auf dem Gebiet der Neurosen der Stimme, der Sprache und des Gehörs;** von O. Muck. Wiesbaden 1918. J. F. Bergmann. 47 S. (2 Mk. 80 Pf.)

Bei der Hysterie können nach M. Störungen in den Bewegungen auftreten, welche mit der Entwickelung des Verstandes und des Willens erst erworben werden müssen, während automatisch selbstverständlich angeborene und ererbte reflektorische Bewegungsarten derselben Muskelgruppe bei Hysterie keine Funktionsstörung erfahren. M. schildert ausführlich das von ihm angegebene Kugelverfahren zur Beseitigung funktioneller Aphonie und Stummheit, das bekanntlich in der Einführung einer Metallkugel in den Kehlkopf subglottisch unter Spiegelbeleuchtung besteht. Jolly (Halle).

39. **Heilung und Entwicklung im Seelenleben;** von A. Maeder. Zürich 1918. Rascher & Cie. 71 S. (2 Mk.)

M. hielt vor Genfer und Lausanner Studenten einen Vortrag über die Psychoanalyse und ihre Bedeutung für das moderne Leben. Die im Anhang gegebenen Anmerkungen geben Hinweise auf die Geschichte dieser Bewegung und ihre Literatur.

Jolly (Halle).

40. **Die jüdische Nervosität, ihre Art, Entstehung und Bekämpfung;** von Becker. Zürich 1918. Speidel & Wurzel. 27 S. (1 Mk. 20 Pf.)

Die Häufigkeit der Nervosität bei Juden beruht nach B. hauptsächlich auf der unnormalen rechtlichen Lage, welche die Juden unter den anderen Völkern einnehmen, ferner auf der aus dieser Lage resultierenden Bevorzugung der für das Nervensystem schädlichen Berufe und schließlich auf dem durch Bevorzugung dieser bedingten anormalen geschlechtlichen Leben der Juden. Die Lösung der jüdischen Frage im Sinne des Zionismus werde dazu beitragen, daß das jüdische Volk nicht nur politisch und sozial, sondern auch eugenisch, d. h. im rassenverbessernden Sinn hervorsteigen werde. Jolly (Halle).

41. **Sexualpathologie;** von M. Hirschfeld. Zweiter Teil. Bonn 1918. A. Marcus & E. Webers Verlag. 279 S., 20 Photographien u. 7 Taf.

Auch der zweite Band des vorliegenden Werkes beruht auf einem sehr umfangreichen, eingehend mitgeteilten Material an eigenen Beobachtungen. Die einzelnen Kapitel betreffen den Hermaphroditismus, die Androgynie, den Transvestitismus, die Homosexualität und den Metatropismus. Mit letzterem bezeichnet H. im Gegensatz zu dem Ausdruck Tropismus für das normale Verhalten der Geschlechter das abnorme Verhalten, bei dem das Weib die aktive, der Mann dagegen die passive Rolle spielt, also das was sonst männlicher Masochismus und weiblicher Sadismus genannt wurde. Dem Buche ist eine große Verbreitung sicher, für jeden Interessenten enthält es viel Anregendes. Jolly (Halle).

42. **Wandlungen des Fortpflanzungsgedankens und -Willens;** von M. Marcuse. [Abhandlungen aus dem Gebiet der Sexualforschung. Bd. I. H. 1.] Bonn 1918. A. Marcus & E. Webers Verlag. 73 S.

M. schildert mit sehr zahlreichen und eingehenden Literaturnachweisen die Grundzüge der menschlichen Sexualgeschichte und zwar in bezug auf den Willen zur Fortpflanzung, dabei sich im wesentlichen auf die europäische Kultursphäre beschränkend; auch die sehr zeitgemäßen Fragen des Geburtrückgangs, der Rassenhygiene, der Frauenbewegungen und der Einflüsse des Krieges finden eine anregende Besprechung. Jolly (Halle).

43. **Die Verwahrlosung, ihre klinisch-psychologische Bewertung und ihre Bekämpfung;** von Gregor u. Else Voigtländer. Berlin 1918. S. Karger. 585 S. (Brosch. 22 Mk., geb. 26 Mk.)

Hundert männliche und hundert weibliche Fälle verwahrloster psychopathischer jugendlicher Individuen werden in den Gruppen Psychopathie, angeborener Schwachsinn, Geisteskrankheit, Epilepsie, geistige Gesundheit eingehend in bezug auf ihre Entstehung und den Befund geschildert und, soweit es möglich ist, in ihrem Verlauf verfolgt.

G. u V. betonen mit Recht, daß in der *Fürsorgeerziehung* vielfach die *letzte Möglichkeit* gegeben ist, *ein Individuum vor moralischem Verfall* zu bewahren, und daß es eine Pflicht gegen Menschheit und Staat bedeutet, die verfügbare Zeit in gewissenhafter Weise auszunützen. Von diesem Gesichtspunkt aus werden die einzelnen Fälle und Gruppen behandelt; bei den meisten Einzelfällen fällt die mangelnde oder schlechte Erziehung in frühester Jugend durch Eltern usw. oder deren moralische Minderwertigkeit auf, bei einer anderen Gruppe steht eine psychopathische Anlage mit Epilepsie im Vordergrund. Die Funktion des Wollens finden G. und V. unabhängig vom Intellekt. Lehrreiche Kapitel sind: der Zusammenhang sexueller Verwahrlosung mit sozialen Zuständen, Verwahrlosung und Delikt, die Beziehungen zwischen Prostitution und Kriminalität und die Maßnahmen zur psychischen Beeinflussung. Den Schluß macht ein Kapitel über die Erfolge der Fürsorgeerziehung; dieselbe war bei schulpflichtigen Knaben und Mädchen etwa gleich, 52,1% und 53,8% gut oder gebessert. Bei den schulentlassenen Mädchen war das Resultat in 67% gut, bei den Knaben nur in 43%.

Es ist ein an Einzelheiten außerordentlich reiches Material, das G. u. V. in sorgfältiger Bearbeitung und mit kritischen Erwägungen vorlegen. Leider hat die wichtige Frage, inwieweit psychopathische Vererbung bei guter Erziehung zu den gleichen Abweichungen führt, in dem Material keine Beantwortung gefunden. Das Werk kann jedem für die Fürsorgeerziehung und für die Psychopathie Interessierten warm empfohlen werden. Rumpf.

44. **Die Erhaltung und Mehrung der deutschen Volkskraft;** Vorträge und Ansprachen gehalten bei der Tagung in München 27./28. V. 18. München 1918. (5 Mk.)

Der Bericht über die auf Veranlassung des Vereins „Deutsche Wacht" veranstaltete Tagung bringt außer einem Prolog von A. de Nora und den Begrüßungsansprachen Abhandlungen über Geburtenrückgang, Volkswirtschaft und Bevölkerungspolitik, Arbeiterschutz, Bekämpfung von Geschlechtskrankheiten, Alkoholismus, Säuglingssterblichkeit, Tuberkulose, über Ehe und Frauenarbeit, Wohnungswesen, Jugendfürsorge aus der Feder bewährter Sachverständiger. Da die Vorträge selbst durch den Bericht über die Aussprachen ergänzt werden, hat man in dem vorliegenden Bande eine ziemlich erschöpfende Übersicht über den augenblicklichen Stand der Frage und ihre Aussichten für die Zukunft. Fischer-Defoy (Dresden).

45. **Zur Neuordnung des medizinischen Studiums;** von J. Schwalbe. Leipzig 1918. G. Thieme. XVIII u. 106 S. (Mit Zuschlag 6 Mk.)

Das Referat, umfangreich und erschöpfend, enthält neben mit sicherer Hand geführten Vorschlägen die in letzter Zeit abgegebenen Urteile der Fachmänner und Regierung über diese wichtige Reform. Wurde die Althoffsche Neuordnung im großen und ganzen begrüßt (Ref.: Beilage zur Allgem. Zeitung, 27. Juni 1901, Nr. 145), so haben sich die Verhältnisse an den Universitäten sowohl als in der Praxis derart seit nahezu zwanzig Jahren geändert, daß eine Neugestaltung auf Grund der gewonnenen Erfahrungen dringlich geworden ist. Einschränkung und Erweiterung tut not, dabei ist Verlängerung des Studiums nicht wohl angängig. Das Praktikantenjahr ist beizubehalten, sowohl im Interesse der Ärzte als im Interesse des Gemeinwohles, und dem Praktikanten sind die Rechte und Pflichten eines Hilfsassistenten zu verleihen. Den Auswüchsen, besonders der Honorarkonkurrenz, ist entgegenzutreten. Neuere Medizin, Chirurgie und Frauenleiden einschließlich Geburtskunde praktisch betrieben, müssen allein obligatorisch werden. Die allgemeine Bildung des zukünftigen Arztes ist zu erweitern; Zeitersparung ermöglicht die an und für sich bereits aufgebesserte naturwissensch. Bildung der Vorschulen, so daß mancherlei vom naturwissenschaftlichen Unterricht verkürzt und zusammengelegt werden kann. Das seminaristische Weiterbilden hat sich in andern Fakultäten bewährt und ist weittragend auf den medizinischen Unterricht zu verbreiten. In manchen Fällen wird dies möglich sein in Form von Kolloquiumstunden, ähnlich wie solche der Altmeister Ludwig für Physiologie vor Jahrzehnten abhielt (D. Ref.). Nach Sch.s Ansicht ist die direkte Beeinflussung des Praktikanten durch den leitenden Anstaltsarzt wesentlich zu erhöhen, wie es überhaupt auch noch vielfach an der Fühlungnahme der leitenden und älteren Ärzte mit den jüngeren fehlt, wodurch sachliche und ethische Schäden entstehen. Über diese Übelstände wird vielfach geklagt. — Sch.s Zusammenfassung ist in diesem Augenblicke aller Neuorganisation für unseren Stand hochbedeutend.

von Noorden (Bad Homburg).

Für die Redaktion verantwortlich: Prof. Dr. C. Bachem in Bonn.
A. Marcus & E. Webers Verlag (Dr. jur. Albert Ahn) in Bonn. — Druck: Otto Wigand'sche Buchdruckerei G. m. b. H. in Leipzig.

58

SCHMIDTS JAHRBÜCHER

DER IN- UND AUSLÄNDISCHEN

GESAMTEN MEDIZIN

HERAUSGEGEBEN UNTER MITWIRKUNG VON

86. JAHRGANG BAND 329 HEFT 5
MAI 1919

BONN
A. MARCUS & E. WEBERS VERLAG
Dr. jur. ALBERT AHN

Schmidts Jahrbücher
der
in- und ausländischen gesamten Medizin

86. Jahrgang **Band 329** **Mai 1919**

A. Originalabhandlungen und Übersichten.

(Aus dem pathologischen Institut der Universität Bonn.)

Über Atrophie der Hypophysis cerebri bei Infantilismus.

Von

Bertha Köther,

Medizinalpraktikantin.

Zu einem besonders interessanten Kapitel aus dem Gebiete der klinischen Medizin und der allgemeinen Pathologie gehört die Kenntnis von den Konstitutionsanomalien und den Erkrankungen, die abhängig sind von dem System der *Drüsen* mit *innerer Sekretion*. In den beiden letzten Jahrzehnten war man eifrig bemüht, diese noch sehr im Dunklen liegenden Krankheitsformen näher zu erforschen und vor allem die Bedeutung und Funktion der Drüsen ohne Ausführungsgang, kurz endokrine oder Blutdrüsen genannt, klarzulegen.

Eine ausführliche zusammenhängende Darstellung über dieses Gebiet und den jetzigen Stand der Forschung gibt Biedl in seinem vorzüglichen Werk: „*Die innere Sekretion*".

Zu den Konstitutionsanomalien sind vor allem zu rechnen: *Infantilismus*, Mongolismus, Zwergwuchs, Riesenwuchs, Akromegalie und Dystrophia adiposogenitalis. Alle diese Formen stehen in Zusammenhang mit der Funktion der *endokrinen* Drüsen, doch ist die Ätiologie bei den meisten noch nicht restlos erklärt. Als Resultat langjähriger Forschungen hat sich aber als sicher herausgestellt, daß von den Blutdrüsen *die Trias der Keimdrüsen, der Hypophyse* und *der Schilddrüse das eigentliche Wachstumssystem darstellen*, und daß ihre pathologischen oder auch nur funktionellen Veränderungen die Ursache für die Konstitutionsanomalien sind.

So soll z. B. die enorme Steigerung des Knochenwachstums beim *Riesenwuchs* (Gigantismus oder Makrosomie) bedingt sein durch eine *Hyperplasie* und daraus folgende *Hypersekretion des Hypophysenvorderlappens*. Ebenso nimmt man für den *Zwergwuchs* (Mikrosomie) eine *Hyposekretion* des drüsigen Teils der Hypophyse an, die eine Folge von Kompression durch Tumoren ist.

Weniger sicher orientiert ist man über das Bild und die Ätiologie des Infantilismus, und ich möchte kurz eine Darstellung von der jetzt herrschenden Kenntnis über dieses Krankheitsbild geben, ehe ich mit der Beschreibung meines speziellen anatomischen Falles beginne.

Die erste Beschreibung des Infantilismus findet sich schon in der Mitte des vorigen Jahrhunderts, nämlich 1836 von Andral und Hirtz in Frankreich, wie überhaupt dieses Gebiet vorzüglich von Franzosen erforscht worden ist. Später folgten dann Lorain (1871) und Brissaud, die beide einen besonderen, nach ihnen benannten Typ aufstellten.

Eine zusammenfassende, aber doch knappe Darstellung des Infantilismus gibt Peritz in seiner Monographie. Er führt dort das genaue System an, wie Anton es aufgestellt hat, und hebt besonders auch den *dysthyreoiden Typ* hervor, wie er von Brissaud zuerst beschrieben worden ist, und der im *Kretinismus* und *Myxödem* seinen Ausdruck findet. Im Gegensatz dazu stellte Lorain den *dystropischen Typ* auf, der durch *Infektionskrankheiten*, Lues, Tuberkulose, Intoxikationen, Chlorose, Hirnerkrankungen usw. hervorgerufen werden kann.

Anton[1]) hat eine knappe Definition des Infantilismus gegeben, indem er sagt: „*Der Infantilismus ist eine Entwicklungshemmung, welche den ganzen Organismus auf kindlichem Typus zurückbleiben läßt und die Fortentwicklung des Individuums im Sinne seiner Gattung verhindert: dabei bleiben nicht nur die körperlichen Merkmale, sondern vielfach auch die seelischen Eigenschaften des Kindes fortbestehen.*"

In Erscheinung tritt der Infantilismus meist erst während oder nach der Pubertät. Die Individuen fallen dann auf durch ihren zwar gut proportionierten, aber zarten Knochenbau, durch das mangelnde Längenwachstum, das Kindlichbleiben der Stimme, oft auch durch kindlichen Gesichtsausdruck und kindliche Psyche. Der Haarwuchs ist auffallend gering, Bart, Achsel- und Schamhaare fehlen meist vollständig; bei Mädchen sind die Mammae nicht entwickelt oder werden nur vorgetäuscht durch reichliches Fettpolster. *Fast in allen Fällen ist eine geringere oder stärkere Hypoplasie der Genitalien, besonders der Keimdrüsen zu konstatieren.* Die geistige Entwicklung dieser Menschen ist meistens normal, oft dagegen haben sie eine durchaus kindliche

[1]) Anton: Über Formen und Ursachen des Infantilismus. Münchn. med. Woch. 1906. S. 1458.

Psyche, wie aber in anderen seltenen Fällen auch ein psychischer Infantilismus ohne besondere körperliche Merkmale bestehen kann.

Was die *Ätiologie des Infantilismus* anlangt, so ist sie natürlich bei den einzelnen Formen verschieden. *Bei den dysthyreoiden,* wie Kretinismus und Myxödeme, ist die Ursache *in Erkrankung oder Ausfall der Schilddrüse* zu suchen, und die hierbei konstatierte Genitalhypoplasie ist erst das Resultat der veränderten Schilddrüsenfunktion. Ebenso ist die Ätiologie klar bei den dystrophischen Formen, bei denen Infektionskrankheiten, wie Malaria und Pellagra, Intoxikationen, Gefäßaplasien und Hirnkrankheiten die Vorbedingung sind.

Es bleibt also nur der im eigentlichen Sinne reine Infantilismus übrig, der auf eine Erkrankung im System der endokrinen Drüsen bezogen werden muß. Ob hier nun die Hypoplasie der Genitalien, also der Keimdrüsen vor allem, das primäre ist, oder ob sie erst bedingt ist durch Hypoplasie oder Erkrankung der Hypophyse, die von verschiedenen Forschern neuerdings als letzte Ursache des reinen Infantilismus angesehen wird, ist eine Frage, die noch der Lösung bedarf. Sie hier näher zu erörtern, würde uber den Rahmen meiner Arbeit hinausgehen.

Auffallende Hypophysenveränderungen fanden sich bei dem Fall von Infantilismus, der im Juni 1918 im hiesigen Pathologischen Institut zur Sektion kam.

Es handelt sich um einen Soldaten von 41 Jahren, der in der Medizinischen Klinik wegen perniziöser Anämie in Behandlung war und dort auch starb. Der Mann fiel schon während der Behandlung durch seinen grazilen Körperbau und seine hohe kindliche Stimme auf, auch waren die äußeren Genitalien wenig entwickelt und die Hoden klein. Geistig schien der Patient durchaus normal, soweit sich das bei der Schwäche infolge der schweren Erkrankung feststellen ließ. Weitere Untersuchungen und Messungen sind nicht vorgenommen worden.

Jedenfalls haben wir hier einen Fall von reinem Infantilismus vor uns, denn von Myxödem oder Kretinismus war nichts nachzuweisen, und *auch bei der Sektion fanden sich keine Veränderungen innerer Organe, die eine dystrophische Form hätten erklären können. Hypoplastisch waren die Hoden,* und auch die Nebennieren waren leicht atrophisch, zeigten aber sonst keine Veränderungen.

Erst die Untersuchung der Schädelbasis ergab einen überraschenden Befund. Die Sella turcica, die normalerweise fast vollständig von der Hypophyse ausgefüllt ist, *erschien leer;* von einem rundlichen Organ, das man als Hirnanhang hätte erkennen können, auch von dem Infundibulum war nichts zu sehen. Erst bei einer sagittalen Durchtrennung des Keilbeins *entdeckte man bei genauer Untersuchung einen kleinen Rest von Hypophysissubstanz auf dem Boden der Sella turcica.* Der sagittale Durchmesser betrug 10 mm, der frontale 4 mm.

Dieser kleine Rest wurde nun in mehrere Sagittalschnitte zerlegt, und fünf solcher Schnitte in Hämalaun-Eosinfärbung standen mir zur Verfügung zur mikroskopischen Untersuchung.

Die beste Übersicht über die Präparate bot die einfache Lupenvergrößerung. *Das ganze Organ besteht nur aus einem schmalen birnförmigen Körper,* der sich über dem Knochen hinstreckt, *und an dem sich deutlich Vorder- und Hinterlappen unterscheiden lassen.* Ein zusammenhängendes Stück des drüsigen Teils hat etwa Halbmondform und nimmt bei schwacher Vergrößerung nur die Hälfte des Gesichtsfeldes ein. Daran schließt sich ziemlich scharf begrenzt der heller gefärbte nervöse Teil an, der ziemlich runde Gestalt hat und etwa doppelt so groß ist wie der drüsige Teil. Normalerweise ist eher die Adenohypophyse etwas größer als die Neurohypophyse *Der Rest des Organs, vor allem also des Vorderlappens, ist ersetzt durch einen breiten, intensiv rot gefärbten Strang derben faserigen Bindegewebes,* das den Raum zwischen Hypophyse und Knochen ausfüllt. Das Bindegewebe ist ziemlich homogen, zeigt nur wenige spindelförmige Kerne, auch keine, wenn auch noch so geringe zellige Infiltration, die auf eine Entzündung hinweist. Nur hier und da erkennt man einzelne kleinere und größere *Pigmentkörnchen, Hämosiderin,* die als Rest einer stattgehabten Blutung zu deuten sind.

Der ziemlich scharf abgegrenzte Rest des Vorderlappens stellt aber nicht alles vorhandene Drüsengewebe dar. Von ihm aus ziehen sich noch mehrere lange Reihen, nur aus einzelnen Drüsenzellen bestehend, am Rande des Hinterlappens entlang. Und dann finden sich in den direkt angrenzenden Abschnitten des Narbengewebes noch teils schmale, teils mehrreihige Züge, die alle aus typischem Hypophysisgewebe aufgebaut und rings von Bindegewebe umgeben sind. Auch von der Neurohypophyse findet sich noch ein schmaler Teil, von dem eigentlichen Hinterlappen durch einen engen Spalt getrennt, und in ihm erkennt man wiederum ein isoliertes, aber scharf begrenztes und intensiv gefärbtes Drüsenrestchen von ovaler Form.

Kolloid, wie es im normalen Präparat meist an der Grenze zwischen Vorder- und Hinterlappen in kleinen Kugeln und Zysten sich findet, *läßt sich hier in keinem der Schnitte nachweisen.*

Die feineren mikroskopischen Verhältnisse sind natürlich bei der starken Atrophie nur undeutlich zu erkennen und schlecht zu beschreiben. Das bindegewebige Gerüst stellt sich dar als feines lineares Netzwerk mit dünnen blutgefüllten Kapillaren, das die einzelnen Balken und Alveolen umgibt. *Die drei Arten der Drüsenzellen, wie sie seit den genauen Untersuchungen von Erdheim eingeteilt werden in Eosinophile, Basophile und Hauptzellen, finden sich auch hier.* Doch lassen sie sich nur schlecht voneinander unterscheiden und in ihrem Mengenverhältnis zueinander bestimmen.

Die Eosinophilen sind im allgemeinen die am stärksten vertretene Zellart. Sie finden sich meist an der Grenze der beiden Lappen und fallen ins Auge durch die intensiv rote Färbung ihres Protoplasmas und den sehr dunkel violett gefärbten Kern. *Hier erscheint mir ihre Zahl verringert,* und sie lassen sich nur schwer erkennen, da ihr Plasmaleib nur blaßrot gefärbt ist. Der Kern dagegen hebt sich scharf ab, ist deutlich granuliert und liegt meist exzentrisch.

Auch die basophilen Zellen scheinen etwas atrophisch, sie sind an Zahl aber wohl häufiger als die eosinophilen. Die Zellen an sich sind kleiner, und im Gegensatz zu den normal großen Formen mit dunkel violett gefärbtem Protoplasma und lichter erscheinendem Kern sind hier die Kerne dunkler als die Zelle selbst. Oft liegen sie so zusammengedrängt, daß sich die Zellgrenzen nur schwer erkennen lassen. Die isolierten Zellreihen sind fast ausschließlich aus Basophilen zusammengesetzt, nur vereinzelt finden sich Hauptzellen.

Endlich komme ich zu der dritten Zellart, *den Hauptzellen,* die schon im normalen Präparat schwieriger zu erkennen sind, weil nur die Kerne deutlich zu färben sind, das Protoplasma dagegen sich mit keiner Färbemethode darstellen läßt. Man sieht es höchstens als feines, fädiges Gerüst zwischen den einzelnen Kernen. Die Kerne sind auch bei meinen Präparaten gut zu erkennen als ovale oder runde, ziemlich helle Körper mit zarter, dunkler Granulierung. *Vor allem treten sie gehäuft auf in der Mitte des drüsigen Teils und sie scheinen auch im ganzen Schnitt zahlreicher als gewöhnlich.* Ihre typische

Stellung im Zentrum eines Alveolus, von Eosinophilen und Basophilen umgeben, ließ sich hier nicht nachweisen.

Wenn ich nun meinen Befund kurz zusammenfasse, so handelt es sich hier um eine hochgradige Atrophie der Hypophyse, besonders des Vorderlappens, hervorgerufen durch eine alte, abgelaufene Entzündung unbekannter Art, als deren Rest das Narbengewebe angesehen werden muß.

Vergebens habe ich mich bemüht, analoge Fälle in der Literatur nachzuweisen, durch welche mein Befund eine Erklärung finden könte. *Es ist nämlich durchaus unsicher, ob der Infantilismus hier eine sekundäre Erscheinung und abhängig von der Zerstörung und der daraus resultierenden Hypofunktion der Hypophyse ist, oder ob der Infantilismus schon da war, vielleicht bedingt durch die Hypoplasie der Keimdrüsen.* Anamnese und klinischer Befund geben mir leider gar keinen Aufschluß über den Infantilismus.

Fälle von reinem Infantilismus mit Hypophysishypoplasie oder Atrophie sind keine bekannt. Zwar macht von Stauffenberg in seiner Abhandlung: „Über Begriff und Einteilung des Infantilismus" (Münchn. med. Woch. 1914. S. 255) eine Bemerkung, nach der *„mehrere Autoren völlige Aplasie der Hypophyse bei Infantilismus fanden,"* aber leider zitiert er die Namen nicht, und weitere Nachforschungen ergaben kein positives Resultat.

Doch habe ich endlich eine Reihe von *ähnlichen anatomischen Befunden bei andern, zum Teil mit Infantilismus verwandten Krankheitsbildern gefunden,* und sie möchte ich zur Vervollständigung der Kasuistik der Hypophysisatrophie anführen.

Das größte Material hierzu liefert Simmonds *(Hamburg),* der gerade in den letzten Jahren verschiedene Fälle in Behandlung hatte, die bei der Obduktion einen auffallend gleichen Hypophysenbefund ergaben. *Anamnese und Krankengeschichte sind sich bei allen Patientinnen* — es handelt sich hier stets um Frauen — *überraschend ähnlich.* Die Frauen erkrankten meist im Anschluß an eine Puerperalsepsis, erlangten ihre alten Kräfte nicht wieder und fielen auf durch ihr rasches Altern, so daß allgemein die Diagnose: *„Senium praecox"* gestellt wurde. Die Menstruation sistierte, Haare und Zähne fielen aus, und die Haut wurde welk und runzlich. Nachdem Simmonds einen solchen Fall beobachtet hatte und das Sektionsergebnis betrachtete, stellte er bei den nächsten Patientinnen, die ihm eingeliefert wurden, gleich die Diagnose auf Erkrankung der Hypophyse. Und er kam zu dem Resultat, daß er hier ein scharf begrenztes, *von Atrophie des Hirnanhangs abhängiges Krankheitsbild* vor sich habe, das sich äußerlich als Senium praecox manifestiert, und das er mit dem Namen der *„hyphphysären Kachexie"* belegte.

Eine kurze Beschreibung der Fälle, wie er sie im Verlaufe von einigen Jahren im *Ärztlichen Verein zu Hamburg* zur Besprechung brachte, lasse ich nun hier folgen:

Fall 1: Eine 34jährige Frau erleidet im Anschluß an eine Puerperalsepsis eine septische Nekrose der Hypophyse. Die Erkrankung äußert sich in Schwindel, Bewußtlosigkeit, allgemeiner Muskelschwäche und Sistieren der Menses, so daß die Diagnose Senium praecox gestellt wird. Mit 46 Jahren stirbt die Patientin im Koma. *Die Obduktion ergibt als alleinige Todesursache einen fast vollständigen Schwund des Hirnanhangs, vor allem eine Verödung des Vorderlappens,* während der Hinterlappen zwar sehr klein, aber doch normal ist. Das Gewicht beträgt nur 0,3 g, also etwa die Hälfte des gewöhnlichen Gewichts. (Die Nebennieren, Genitalien, Leber und Milz waren klein, aber sonst nicht verändert.)

Fall 2: Eine 45jährige Frau leidet seit 9 Jahren nach der letzten Geburt an Senium praecox und stirbt an Kachexie.

Sektionsbefund: normale innere Organe, auch die endokrinen Drüsen sind nicht verändert bis auf die *Hypophyse, die eine hochgradige schwielige Atrophie des Vorderlappens zeigt.*

Fall 3: Eine Frau von 48 Jahren wird moribund ins Krankenhaus gebracht, sie fällt auf durch ihr greisenhaftes Aussehen. (Mangel der Scham- und Achselhaare, Ausfall der Zähne.) Der Tod erfolgt nach einigen Stunden.

Sektionsbefund: mit Ausnahme einer geringen pneumonischen Infiltration der Lungen erweisen sich die inneren Organe als gesund. *Die Hypophyse dagegen ist sehr klein,* hat nur $^1/_3$ des normalen Gewichts; *der Vorderlappen ist gänzlich in fibröses Gewebe umgewandelt.* Nur in der Nähe des Infundibulum finden sich spärliche veränderte Drüsenreste. Der Hinterlappen ist unverändert.

Fall 4: An Pneumonie stirbt eine Frau von 35 Jahren, die frühzeitig gealtert ist. Die Sektion ergibt Kleinheit von Nieren, Nebennieren, Leber, Pankreas und Genitalien. *Die Hypophyse ist stark verkleinert, das Drüsenparenchym vollständig durch derbes Bindegewebe ersetzt.* Zwar liegt in diesem Fall kein Beweis dafür vor, daß das Leiden im Anschluß an eine Entbindung auftrat.

Was nun die *Ätiologie* dieser Atrophie und der daraus folgenden Kachexie betrifft, *so nimmt Simmonds an, daß eine primäre Embolie der Gefäße des Vorderlappens zu der Nekrose führt.* Der Hinterlappen ist in all diesen Fällen eben deshalb so wenig verändert und nicht nekrotisch, weil er eine besondere Gefäßversorgung hat. Als Beleg für seine Annahme führt er den Befund von Merkel an, der bei einer Frau mit Puerperalsepsis eine Nekrose des Vorderlappens konstatierte, die zum größten Teil durch Embolie bedingt war.

Im Anschluß an diese Ergebnisse führen drei weitere Autoren, nämlich Fahr, Fraenkel und Reye Fälle an, die direkt als *hypophysäre Kachexie* anzusprechen sind.

Fall Fahr: Eine 50jährige Frau leidet seit 26 Jahren an Menopause und angeblichem Nervenfieber. In der letzten Zeit bekommt sie Krämpfe, mit denen sie auch in die Klinik aufgenommen wird. Einem heftigen Krampfanfall folgt hier der Exitus.

Die Obduktion ergibt als einzige Todesursache eine *auffallende Veränderung der Hypophyse,* die *zäh und gelbgefleckt aussieht.* Der zwar makroskopisch normal große Vorderlappen ist umgewandelt in ein lockeres, kernarmes Bindegewebe, das deutlich Blutungen und Verkalkungen erkennen läßt, und in dem nur noch spärliche Drüsenreste versprengt liegen.

Fraenkel findet bei der Sektion einer moribund eingelieferten, greisenhaft aussehenden Frau von 45 Jahren außer allgemeiner Hypoplasie der inneren Organe einen *Hirnanhang,* dessen nervöser Teil zwar erhalten, *bei dem aber der drüsige Teil durch Bindegewebe ersetzt worden ist.* Das Gewicht ist außerordentlich gering, es beträgt nur 0,15 g.

Reye hat zwar keinen direkt anatomischen Befund zu erbringen, stellt aber im Hinblick auf die Fälle von Simmonds eine Patientin von 47 Jahren vor, bei der die seit 17 Jahren allmählich fortschreitende Kachexie auf Grund der Entstehung und des allgemeinen psychischen Verhaltens auf hypophysären Ursprung hinweist.

Alle diese Beispiele zeigen somit eine auffallende Übereinstimmung mit dem anatomischen Befund der Hypophyse in meinem Fall, nur daß die Ätiologie oder besser das allgemeine Krankheitsbild ein anderes ist.

Etwas abweichende Verhältnisse, die aber doch mit den eben zitierten Fällen in Beziehung zu brin-

gen sind, finden sich von Schlagenhaufer und Froboese erwähnt, die beide eine Zerstörung des Hirnanhangs durch Tuberkulose fanden. Im ersten Fall bestand ein derber, haselnußgroßer Tumor tuberkulösen Ursprungs, aus zahlreichen Konglomerattuberkeln bestehend. Im zweiten Fall war die Hypophysensubstanz durch verkästes Granulationsgewebe ersetzt.

Auch hier war die Frau im Koma gestorben, was für alle Fälle von Simmonds charakteristisch war.

Endlich möchte ich noch einige Fälle beschreiben, die zwar in keiner direkten Beziehung zu den zuletzt erwähnten stehen, die aber doch mit in das Gebiet der Hypophysisatrophie einzuschließen sind.

Bei den dysthyreoiden Formen des Infantilismus, dem *Kretinismus* und dem *Myxödem*, findet sich zuweilen *eine Hypoplasie oder Aplasie der Hypophyse*.

So berichtet Virchow[1]) über den Befund der Schädelbasis bei einem neugeborenen weiblichen Kretin: *„Die Sella turcica war eng und kurz. Der sehr steile Clivus machte mit der oberen Fläche des Keil- und Siebbeins fast einen rechten Winkel, und die nach unten trichterförmige Sella turcica war so eng, daß die Hypophyse ganz klein war, und eigentlich nur ein dickes Infundibulum mit kolbiger Endanschwellung existierte."*

Und bei einem kretinistischen Foet fand er die Hypohpyse infolge der synostotischen Atrophie des Keilbeins fast ganz atrophiert.

Bei einem *Fall von Myxödem* stellte Ponfick ebenfalls einen starken *Schwund der Hypophyse* fest, die bis auf ein schmales halbmondförmiges Segment nur aus ödematösem Bindegewebe bestand. Der Rest war histologisch stark verändert.

Auch Schönemann fand häufig sehr kleine Organe bei Kretins. So war bei dem *Kretinen Grunder* die *Hypophyse trotz bedeutender Tiefe der Sella turcica sehr klein* und die Dura über ihr stark eingesunken. Die mikroskopischen Verhältnisse waren normal.

Bei einem Zwerg von 38 Jahren, den Benda untersuchte, und der ein Teratom des Infundibulum hatte, *war nur ein minimaler Drüsenkörper vorhanden.*

Desgleichen untersuchte Kon die Hypophyse von zwei männlichen *Zwergen*, und auch hier ließen sich deutlich *atrophische Zustände* mikroskopisch und makroskopisch nachweisen.

Zum Schluß möchte ich über einen von Bleibtreu mitgeteilten Fall berichten, der allerdings nicht in das klinische Bild des Infantilismus gehört, der aber ganz ähnliche pathologisch-anatomische Verhältnisse darbietet wie der von mir untersuchte Fall. *Es handelt sich um einen Fall von Akromegalie mit Zerstörung der Hypophyse durch Blutung:*

Der 21jährige Patient kam wegen Schlaflosigkeit, Kopfschmerz und allgemeiner Mattigkeit ins Krankenhaus. Die Anamnese ergab keine früheren Krankheiten, nur berichtet sie von einem Sturz des Patienten mit 17 Jahren. Der Status ergab nichts Besonderes im Verhalten der inneren Organe; *äußerlich jedoch zeigten sich deutliche Akromegalie-Symptome.* Besonders fiel neben der Größe der Hände und Füße die Unförmlichkeit der Nase, der Stirn und der Lippen auf. Die Intelligenz war normal. Nach Besserung seiner Beschwerden wurde der Patient entlassen, wurde jedoch nach 9 Monaten wieder aufgenommen, diesmal wegen fortschreitender Lungentuberkulose, die in kurzer Zeit ad exitum führte.

Bei der Sektion ergab sich folgender Befund: *bei der Herausnahme des Gehirns war vom Hirnanhang nichts zu entdecken;* es bestand nur ein Rest des Infundibulum in Gestalt eines kleinen Zapfens. Dagegen war der Boden der Sella turcica ausgefüllt von einer derben Masse von goldgelber Farbe und rauher höckriger Oberfläche, die einem Vogelnest ähnlich sah.

Die mikroskopische Untersuchung erfolgte *im pathologischen Institut zu Bonn,* wo Geh. R. Ribbert folgenden Befund feststellte: *„Die Hypophyse ist offenbar, wahrscheinlich durch eine Blutung zugrunde gegangen. Die gelbe Farbe rührt von Blutpigment her, das in ein faseriges Bindegewebe eingebettet ist. Das Bindegewebe ist als neugebildet anzusehen. Darunter befindet sich noch eine dünne Lage Hypophysisgewebe in Gestalt von reihenförmig angeordneten Alveolen mit Epithel. Sonst kein Befund."*

Das Präparat hatte einen Durchmesser von 14 mm. Die Dicke des Grundes betrug im ganzen etwa $1^1/_2$ mm. Davon kamen fast $^1/_2$ mm auf die gelbe Innenschicht mit dem Rest von Hypophysisgewebe, 1 mm auf die derbe Außenlage, die wohl als entzündlich verdickte Dura anzusehen ist.

Auffallend bei diesem Hypophysenbefund ist der Umstand, daß die Atrophie des Hirnanhangs zur Ausbildung deutlicher Akromegalie-Symptome Veranlassung gegeben hat, während man doch in der Mehrzahl der Fälle eine Hypertrophie des Organs durch adenomatöse Wucherungen und nach der bisher allgemeinen Auffassung somit eine Hyperfunktion angenommen hat. Vielleicht aber könnte gerade dieser Befund die Theorie stützen, daß letzten Endes die Akromegalie zwar durch eine adenomatöse Hypertrophie des Hypophysenvorderlappens, aber auf Kosten der normalen Funktion bedingt ist *und also auch hier eine Hypofunktion des Organs die Krankheitsursache ist* (s. Ribbert, Lehrbuch d. allg. Path.).

Alle diese Fälle zeigen also, daß Hypophysenerkrankungen, vor allem Atrophie und Zerstörung durch entzündliche Prozesse, nicht ganz selten sind, und daß der Funktionsausfall der Drüse zu erheblichen Störungen im Allgemeinbefinden des Organismus führen kann, ja oft sogar den Tod zur Folge hat.

Als Resultat meiner Untersuchungen hat sich also ergeben, daß die Atrophie des Hypophysisvorderlappens ein sehr häufiger Befund bei Infantilismus und bei der hypophysären Kachexie der Frau ist. In allen Fällen war die Hypophyse, vor allem der Vorderlappen, durch Entzündungsvorgänge unbekannter Art zerstört und durch Bindegewebe ersetzt.

Leider ließ sich aus den bisherigen Forschungen noch nicht nachweisen, ob der Infantilismus die Folge von der Zerstörung des Hirnanhangs ist, oder ob letztere nur ein begleitender Befund ist. *Dagegen scheint der zuletzt beschriebene Fall von Untergang der Hypophyse bei typischer Akromegalie darauf hinzuweisen, daß sich die frühere Theorie von der Hypersekretion der Hypophyse nicht unbedingt halten läßt, sondern daß gerade der Untergang und damit die verminderte Funktion das Bild der Akromegalie auslöst.*

Literaturverzeichnis.

Anton, Über Formen und Ursachen des Infantilismus. Münchn. med. Woch. 1906. S. 1458. Nr. 30.

Benda, Normale und pathologische Anatomie der Hypophyse. Berl. klin. Woch. 1900. Nr. 52. S. 1205.

Derselbe, Pathologische Anatomie der Hypophyse in: Flateau-Jacobson-Minor: Handbuch der pathologischen Anatomie des Nervensystems. Berlin 1904. Bd. 2. S. 1419.

Biedl, Innere Sekretion. Berlin-Wien. 2. Aufl. 1913.

Bleibtreu, Ein Fall von Akromegalie. (Zerstörung der Hypophyse durch Blutung.) Münchn. med. Woch. 1905, S. 2079. Nr. 43.

[1]) Gesammelte Abhandl. zur wissenschaftl. Medizin. Frankfurt a. M. 1856.

Borchardt, Funktion und funktionelle Erkrankungen der Hypophyse. Ergebn. d. inneren Med. u. Kinderheilkunde 1909. Bd. 3, S. 288.

Erdheim, Zur normalen und pathologischen Histologie der Glandula, Thyreoidea, Parathyreoidea u. Hypophyse. Ziegl. Beiträge. Bd. 33. 1903. S. 158.

Erdheim u. Stumme, Schwangerschaftsveränderung der Ahypophyse. Ziegl. Beiträge. Bd. 46. 1909. S. 1.

Fahr, Beiträge zur Pathologie der Hypophyse. D. med. Woch. 1908. Nr. 8. S. 206.

Fraenkel, D. med. Woch. 1916. Nr. 44. S. 1369.

Froböse, Tuberkulose der Hypophyse. Zentralbl. f. Path. Bd. 29. H. 5. S. 1. 1918.

Koch, Die gegenwärtigen Anschauungen über den Infantilismus. Frankf. Zeitschr. f. Path. Wiesbaden 1915. Bd. 16.

Kohn, A., Über die Hypophyse. Münchn. med. Woch. 1910. S. 1485. Nr. 28.

Kon, J., Ziegl. Beiträge 1908. Bd. 44. H. 2. S. 233.

Mallinckrodt, Zur Kenntnis des Infantilismus und Zwergwuchses. Inaug.-Dissert. Kiel 1910.

Peritz, Der Infantilismus. Ergebn. d. inneren Med. u. Kinderheilkunde 1911. Bd. 7. S. 405.

Ponfick, Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 38. S. 1. 1899.

Reye, D. med. Woch. 1918. Nr. 35. S. 983.

Schlagenhaufer, Virchows Arch. 222. S. 249. Jahrg. 1916.

Schönemann, Hypophysis und Thyreoidea. Virchows Arch. Bd. 129. S. 310. 1892.

Simmonds, Atrophie des Hypophysisvorderlappens und hypophysäre Kachexie. D. med. Woch. 1918. Nr. 31. S. 852.

Derselbe, D. med. Woch. 1914. Nr. 7. S. 322; 1916. Nr. 7. S. 190.

Stauffenberg, v., Über Begriff und Einteilung des Infantilismus. Münchn. med. Woch. 1914. S. 255. Nr. 5.

Thom, Untersuchungen über die normale und pathologische Hypophyse des Menschen. Arch. f. mikrosk. Anatomie u. Entwicklungsgesch. Bd. 57. S. 632. 1901.

Virchow, R., Gesammelte Abhandlungen zur wissenschaftlichen Medizin. Frankfurt-Main 1856.

B. Auszüge.

I. Mikrobiologie und Serologie.

496. **Zur Bakteriologie der gegenwärtig herrschenden Epidemie;** von Adolf Edelmann. (Wien. klin. Woch. 31. Jahrg. Nr. 32. S. 191.)

E. fand in einer größeren Anzahl von Fällen der „spanischen Krankheit“ Bazillen, die der Gruppe des Paratyphus B angehören. Cordes (Berlin).

497. **Zur Bakteriologie der Influenza 1918;** von Uhlenhuth. (Med. Klin. 1918. S. 777.)

Die Pfeifferschen Influenzabazillen sind in einer nicht unbeträchtlichen Zahl der Fälle nachzuweisen. Es liegt zunächst kein zwingender Grund vor, an ihrer Erregernatur zu zweifeln,

Koenigsfeld (Freiburg).

498. **Über Bakterienbefunde und deren Bedeutung bei der jetzt herrschenden Influenzaepidemie (Spanisches Fieber);** von Benno Stein und Karl Weißmann. (Wien. klin. Woch. 1918. S. 993.)

Bei drei Fällen traten im Anschluß an „spanisches Fieber“ foudroyant verlaufende Empyeme der Pleura auf, die in zwei Fällen zum Tode führten. Die Erkrankungen hatten den Charakter schwerster akuter Sepsis, als deren Erreger Diplostreptokokken nachgewiesen wurden. Diese Bakterien wurden regelmäßig auf den Schleimhäuten der Luftwege und des Rachens aufgefunden und stellen die Erreger septischer Komplikationen dar. Ihre ätiologische Bedeutung für die Grippe ist aber keineswegs erwiesen, ebensowenig ihre epidemiologische Rolle. Die pathogene Bedeutung der Pfeifferschen Bazillen ist noch ungeklärt. Koenigsfeld (Freiburg).

499. **Zur Ätiologie der Influenza;** von H. Selter. (D. med. Woch. 1918. S. 932.)

Das Material von 33 Influenzafällen wurde untersucht, Rachenabstriche, Sputa, Blutproben, Eiterproben von Empyemen und Organe von vier Leichen. Die Pfeifferschen Influenzabazillen konnten weder mikroskopisch noch kulturell nachgewiesen werden. S. zieht daraus den Schluß, daß die Influenzabazillen nicht die Erreger der letzten Epidemie sind. Aber auch keinem der anderen in den untersuchten Fällen gefundenen Bakterien, Pneumokokken, Streptokokken, Micrococcus catarrhalis, Staphylokokken, Friedländersche Bazillen kann man eine ätiologische Rolle zuerkennen. Man muß annehmen, daß die Erreger zu der Gruppe der filtrierbaren oder unsichtbaren Virus gehören.

S. filtrierte Rachenschleim von Influenzakranken durch Berkefeldfilter und konnte in zwei Versuchen am Menschen (darunter Selbstversuch) nach Einatmung des versprayten Filtrats, nach einer Inkubation von 17 bis 20 Stunden influenzaähnliche Krankheitserscheinungen feststellen.

Koenigsfeld (Freiburg).

500. **Zum Nachweis von Typhus-, Paratyphus- und Ruhrbazillen im Stuhl;** von K. v. Angerer. (Münchn. med. Woch. 1918. Nr. 33. S. 907.)

Zur orientierenden Prüfung wird Züchtung in neutralen Lackmuszuckerbouillongärröhrchen empfohlen, in denen die verschiedenen Stämme ein typisches Verhalten zeigen. Mandelsloh (Berlin).

501. **Über Kolibazillen;** von Robert Neustadt. (Der Militärarzt 1918. Nr. 7. S. 118.)

Bei einer Reihe von Krankheitsfällen von paratyphusartigem Verlauf wurden eine Anzahl Keime auf Grund ihrer biologischen Eigenschaften als Kolibazillen erkannt, als B. coli imperfectum und perfectum. N. stellt nun eingehendst die gemachten Beobachtungen an und gibt eine große Anzahl Versuche und Kontrollversuche. Cordes (Berlin).

502. **Die Eiweißsäure-Agglutination zur Unterscheidung von Koli- und Ruhrbazillen;** von Paul Hirsch. (Med. Klin. 1918. S. 932.)

In der Eiweißsäure-Agglutination besitzen wir ein wertvolles Hilfsmittel zur Unterscheidung von Koli- und Ruhrbazillen. Die Kolibazillen werden in wenigen Minuten agglutiniert, die Agglutination ist eine grobflockige mit einem Optimum in den starksauren Gemischen. Die Ruhrbazillen dagegen werden gar nicht agglutiniert oder sie zeigen eine feinflockige Ausfällung, die erst nach längerer Zeit, $^1/_2$—$^3/_4$ Stunde, auftritt und nur die Röhrchen mit den schwach sauren Gemischen betrifft. Es scheint, als ob hauptsächlich alte Laboratoriumsstämme der Ruhrbazillen zu dieser leichten Agglutination neigen, frisch aus dem Körper gezüchtete oder nur wenige Monate alte Stämme dagegen gar nicht agglutiniert werden. Koenigsfeld (Freiburg).

503. **Untersuchungen über die gewöhnlichen Proteusstämme und ihre Beziehungen zu den X-Stämmen;** von E. Weil und A. Felix. (Wien. klin. Woch. 1918. S. 637.)

Die bei den X-Stämmen gefundenen O- und H-Rezeptoren ließen sich auch bei allen gewöhnlichen Proteusstämmen nachweisen. Während die H-Rezeptoren der X-Stämme mit den H-Rezeptoren einer großen Gruppe von gewöhnlichen Proteusstämmen gemeinsam sind, weisen die O-Rezeptoren dieser Gruppe untereinander eine große Mannigfaltigkeit auf. Die bei der Verwendung heterologer Immunsera von den stärksten Konzentrationen bis zur Titergrenze auftretenden inkompletten Agglutinationen sind durch das Vorhandensein der neben den H-Formen stets vorkommenden O-Formen bedingt. Den O-Rezeptoren kommt infolge ihrer absoluten Konstanz eine viel größere Bedeutung zu als den H-Rezeptoren. Die Untersuchung der O-Rezeptoren von 126 teils auf den Kriegsschauplätzen gezüchteten, teils aus den Sammlungen zahlreicher Institute stammenden gewöhnlichen Proteusstämmen ergab eine totale Verschiedenheit von den O-Rezeptoren der spezifischen Stämme vom Typus X 2 einerseits und vom Typus X 19 anderseits. Dadurch sind diese Stämme als zwei Bakterienarten charakterisiert, die in serologischer Hinsicht allen Anforderungen genügen und scharf aus der Gruppe der gewöhnlichen Proteusstämme heraustreten. Koenigsfeld (Freiburg).

504. **Ein einfaches Verfahren zur Schnellfärbung von Ruhramöben zu diagnostischen Zwecken;** von W. Riegel. (Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. 1918. S. 217.)

Zur Färbung wird eine Ausschüttung von Mansonlösung in Chloroform benutzt. Diese Mischung, in der färberisch fast ausschließlich die Azurbase wirksam ist, durchdringt durch Adsorption und weiterhin Diffusion die Zelle. Unter der dissoziierenden Mitwirkung des Zellwassers kommt es zur chemischen Vereinigung der Farbbase mit den sauren Bestandteilen (in der lebenden Zelle: Kerne der Metazoen, Kerne, Chromidien und Plasma der Protozoen; in der abgestorbenen Zelle: das gesamte Protoplasma), zur Bildung von grünlichen Albuminaten von festerer Gestaltung. Auf dieser Stufe der Färbung bleibt die tote Zelle stehen. In der lebenden Zelle geht die Zufuhr von Chloroform-Farbstofflösung durch Adsorption unter fortschreitender Verdrängung des Zellwassers weiter. Der Farbstoff wird dabei in den grünlichen Albuminaten unter rasch zunehmender Verdeckung der grünen Farbe durch starre Lösung angereichert, und zwar als freie rotviolette Base. Dieser Vorgang schreitet fort bis zum Eintritt des Gleichgewichtszustandes, der langsam in der Kälte, schnell beim Erwärmen der Präparate erreicht wird. Koenigsfeld (Freiburg).

505. **Über das Vorkommen von paragglutinablen Bakterien und ihre Verwendung zu neuen Serumreaktionen bei nichtbakteriellen Infektionskrankheiten insbesondere bei der Syphilis;** von H. Schürmann. (D. med. Woch. 1918. S. 464.)

Bei Rückfallfieber und Syphilis konnten aus dem Blut, resp. aus dem Urin Kokken gezüchtet werden, die mit den entsprechenden Krankenseren von einer bestimmten Verdünnung an spezifisch agglutinierten. Koenigsfeld (Freiburg).

506. **Zur Kultur der „Spirochaete icterogenes";** von Paul Uhlenhuth. (D. med. Woch. 1917. S. 1553.)

Zur Anlegung von Massenkulturen der Erreger der Weilschen Krankheit wird eine Kulturflüssigkeit benutzt, die durch Verdünnung von einem Teil Kaninchenserum in 30 Teilen Leitungswasser hergestellt wird. Auch in gleicher Verdünnung von Pferdeserum gelang es, eine Kultur zu erzielen. Wird Blutserum von lebenden Weil-kranken Tieren als Ausgangsmaterial der Kultur benutzt, so kann man es direkt im Verhältnis von 1 : 30 in steriles Leitungswasser als Kulturmedium überimpfen. Koenigsfeld (Freiburg).

507. **Über die künstliche Ausschwemmung der Malariaparasiten ins Blut;** von S. Neuschloß. (Münchn. med. Woch. 1918. Bd. 65. S. 98.)

Durch Einverleibung der wirksamen Bestandteile des Mutterkorns, der Nebenniere und der Hypophyse kann bei Fällen von latenter Malaria ein vorübergehendes Ausschwemmen der Parasiten ins Blut erzielt werden. Das Ausschwemmen wird häufig von Temperatursteigerungen begleitet. Koenigsfeld (Freiburg).

508. **Die Pferdeblut- oder Schafblut-Traubenzuckeragarplatte als Ersatz für die Menschenblut-Traubenzuckeragarplatte zur Züchtung der pathogenen Anaerobier;** von Johannes Zeißler. (D. med. Woch. 1918. S. 942.)

Bei dem von Z. angegebenen Züchtungsverfahren für anaerobe pathogene Bakterien kann das Menschenblut durch Pferde- oder Schafblut ersetzt werden. Koenigsfeld (Freiburg).

509. **Über eine Abänderung der Conradi-Kayserschen Gallenanreicherungsmethode.** *Ein Beitrag zur Frage der Züchtung von Typhusbazillen aus dem Blute;* von Wolfgang Seeliger. (Münchn. med. Woch. 1918. S. 474.)

Es ist eine stärkere Verdünnung des Blutes mit Galle als die bisher gebräuchliche im Verhältnis 1 : 2 notwendig. Eine ein- und zweimalige Aussaat auf die Platte nach 24 und 48 Stunden ist vollkommen ungenügend. Es muß auch noch eine dritte und vierte Aussaat nach weiteren 1—2 Tagen gemacht werden. Es ist nicht nur von der Oberfläche der Gallenkultur, sondern auch von den Bodenschichten eine Probe auf die Platte abzuimpfen. Oft tritt erst nach einer Aus-

saat von 10—20 Ösen Wachstum ein. Ein Zusatz von Bouillon zur Galle ist zu empfehlen, weil die Galle weniger im Sinne eines günstigen Nährmediums bakterienanreichernd als antibakterizid auf das beigemengte Blut wirkt. Die Galle kann mit Erfolg durch 10proz. nukleinsaures Natron ersetzt, resp. dieses zu der Galle zugesetzt werden. Letztere Methode kann der einfachen Gallenanreicherung unter Umständen überlegen sein.

Koenigsfeld (Freiburg).

510. **Über Proteusagglutination bei Fleckfieber;** von Eugen Csernel. (Wien. klin. Woch. 1918. S. 1036.)

Die Proteusbazillen gehen unter dem Einflusse säureerzeugender Mikroben in einen fleckfieberagglutinablen Biotypus über. Diese Umzüchtung kann planmäßig nicht nur mit Proteus, sondern auch mit anderen Bakterienarten durchgeführt werden. Diese Agglutinabilität gegen Fleckfieberkrankenserum beruht auf einer Änderung des Stoffwechsel-Chemismus (eine Mutation im bakteriologischen Sinne). Die Weil-Felixsche Reaktion kann weder in die Gruppe der Immunagglutination, noch der Mitagglutination, noch der Paragglutination eingereiht werden. Am besten kann sie noch als eine „autokatalytische" Agglutination aufgefaßt werden. Dem von Weil und Felix gezüchteten „X" kommt als ätiologisches Moment bei der Fleckfieberkrankheit keine Rolle zu.

Koenigsfeld (Freiburg).

511. **Weitere Untersuchungen über den Nachweis der O- und H-Rezeptoren bei den Proteusstämmen;** von Artur Felix und Fanny Mitzenmacher. (Wien. klin. Woch. 1918. S. 988.)

Der Nachweis der O- und H-Rezeptoren bei den Proteusstämmen gelingt auch mit der von Sachs angegebenen Methode, mittels der durch Erhitzen auf 80° die H-Rezeptoren zerstört werden, während die O-Rezeptoren intakt bleiben. Bei Bakterien, die auf Karbolsäureagar gezüchtet werden (Braun), kommt es ebenfalls zu einem Verlust der H-Rezeptoren. Auf 80° erhitzte Proteusbazillen, bei welchen im Agglutinationsversuch keine H-Rezeptoren nachweisbar sind, geben im Immunisierungsversuch keine reinen O-Immunsera. Das gleiche gilt auch von den Karbolsäurebakterien. Dagegen erhält man oft reine O-Immunsera, wenn man die Immunisierung mit auf 100° erhitzten Bazillen vornimmt.

Koenigsfeld (Freiburg).

512. **Über die Doppelnatur der Rezeptoren beim Paratyphus β;** von E. Weil und A. Felix. (Wien. klin. Woch. 1918. S. 986.)

Der in der Proteusgruppe vorkommende Doppeltypus der Rezeptoren konnte auch beim Paratyphus β festgestellt werden und wies dort genau dieselben Eigenschaften auf. Auch sind beim Paratyphus β im Krankenserum sowie im künstlich erzeugten Immunserum scharf zwei verschiedenartige Agglutinine nachweisbar, welche den beiden Rezeptorenarten entsprechen. Diese beiden Rezeptorenarten weisen die von Sachs und Braun als charakteristisch für die O- und H-Rezeptoren gefundenen Eigenschaften auf. Die beiden Rezeptorentypen werden als *labile* (den H-Rezeptoren der Proteusstämme entsprechend) und *stabile* (den O-Rezeptoren entsprechend) Rezeptoren benannt, die auf die labilen Rezeptoren wirkenden Agglutinine als großflockende, die auf die stabilen Rezeptoren wirkenden als kleinflockende Agglutinine bezeichnet. Koenigsfeld (Freiburg).

513. **Eine neue Fällungsreaktion beim Blut und Blutserum;** von L. Brieger. (D. med. Woch. 1918. S. 170.)

Als Reagenz wird ein alkoholischer Luesleberextrakt mit Zusatz von 3% Pyrogallol benutzt. Es zeigte sich, daß dieses Reagenz beim gesunden Serum eine Eiweißfällung hervorruft, während es diese bei gewissen Arten von Krankenserum verhindert. Bei frisch mit Lues infizierten Individuen erstarrt das Serum unter dem Reagenz, während das Auftreten von papulösem Exanthem mit Verflüssigung des Serums unter der Einwirkung des Reagenz einhergeht. Bei spezifisch behandelten Tabikern verflüssigt sich das Serum, bei unbehandelten erstarrt es. Das Verhalten bei anderen Krankheiten scheint nicht gesetzmäßig zu sein. Koenigsfeld (Freiburg).

514. **Zur Kenntnis der Weil-Felixschen Reaktion.** *Serodiagnostik des Fleckfiebers II;* von H. Sachs. (D. med. Woch. 1918. S. 459.)

Auf 80° erhitzte X 19-Bazillenaufschwemmungen wiesen gegenüber einigen Fleckfiebersera noch nach 3/4 Jahren ihre volle Agglutinabilität auf, während die gleiche Aufschwemmung von lebenden Bazillen die Agglutinabilität fast vollständig eingebüßt hatte.

Während die Agglutinabilität von X 19-Bazillen gegenüber einem agglutinierenden Immunserum durch Erhitzen auf 80° keine Abnahme erfährt, nimmt das Agglutininbindungsvermögen der Bazillen mit fortschreitendem Erwärmen ab.

Auf 80° erhitzte Aufschwemmungen von X 1- und X 2-Bazillen einerseits und X 19-Bazillen andererseits ließen sich agglutinatorisch durch Kaninchen-Antisera scharf differenzieren, während die gleichen Immunsera auf die lebenden Bazillenaufschwemmungen mehr oder weniger stark übergriffen.

Koenigsfeld (Freiburg).

515. **Zur Frage der Spezifität der X-Stämme und der Weil-Felixschen Agglutination bei Fleckfieber;** von Emil Epstein. (Wien. klin. Woch. 1918. S. 989.)

Die X-Stämme stehen mit der Ätiologie des Fleckfiebers in keinem Zusammenhang. Ihre Agglutinabilität mit Fleckfieberserum beruht auf einer durch Anpassung im Sinne von Variation erworbenen, konstant vererbbaren Eigenschaft.

Koenigsfeld (Freiburg).

516. **Ein Beitrag zum Wesen der Weil-Felixschen Reaktion auf Fleckfieber;** von H. Braun und R. Salomon. (D. med. Woch. 1918. S. 59.)

Man kann unter den beim Menschen vorkommenden Proteusstämmen drei Gruppen unterscheiden: 1. solche Proteusarten, die mit den Fleckfieber-Proteusbazillen entweder gar keine oder minimalste Mengen von Agglutinogenen gemeinsam haben; 2. solche, die sowohl mit der ersten, wie auch mit der Fleckfiebergruppe in quantitativ verschiedener Menge gemeinsame Agglutinogene besitzen; 3. die Fleckfieber-Proteusstämme, die aber in bezug auf Agglutinogene untereinander nicht identisch sind.

Neben gemeinsamen Eigenschaften bestehen auch prägnante Differenzen zwischen Fleckfieberkrankenserum und künstlichem Infektionsserum.

Man könnte sich vorstellen, daß unter dem Einfluß der beim Fleckfieberkranken auftretenden Blutveränderungen die zufällig hineingelangten Proteusbazillen der zweiten Gruppe sich derart ändern könnten, daß die schon normalerweise in ihnen vorhandenen, mit Fleckfieber-Proteusbazillen gemein-

samen Agglutinogene zu besonderer Vermehrung gelangen. Koenigsfeld (Freiburg).

517. **Über Spezifitätskontrolle der Agglutination;** von Heinrich Egyedi. (D. med. Woch. 1918. S. 522.)

Unter den untersuchten Stämmen von pathogenen Darmbakterien wurde kein einziger gefunden, der mit einem normalen Pferdeserum mikroskopisch oder makroskopisch über die Verdünnung 1 : 100 hinaus eine deutliche Agglutination aufgewiesen hätte. Im Gegensatz hierzu wurde bei Saprophyten, die mit Immunseren nennenswerte Agglutination aufwiesen, immer Werte über 1 : 100 hinaus, meistens eine deutliche Agglutination bis 1 : 400 und höher gefunden. Daher ist ohne Spezifizitätskontrolle mit normalem Pferdeserum auch eine Agglutination bis zur Titergrenze nicht artentscheidend. Mit einer Spezifizitätskontrolle gestaltet sich aber eine höhere Agglutination für die Artbestimmung der pathogenen Darmbakterien in ebensolchem Grade spezifisch, wie wenn neben der Agglutination auch eine präzise kulturelle Bearbeitung erfolgen würde.

Koenigsfeld (Freiburg).

518. **Die Herstellung von Antigenen für die Wassermann-Reaktion mit Antiformin;** von Julius Freund. (D. med. Woch. 1918. S. 432.)

Es gelang, mit Antiformin mit und ohne Anwendung von lipoidlösenden Mitteln aus Menschenherz, aus der Leber luetischer Föten, aus Rinderherz und aus Rinderleber ein Antigen für die Wassermann-Reaktion herzustellen, das etwas wirksamer zu sein scheint als der alkoholische Extrakt aus Rinderherz. Ebenso wie die spezifischen Bakterienantigen erweisen sich auch die nicht spezifischen Normal-Antigene resistent gegen eine 5proz. Antiforminlösung.

Koenigsfeld (Freiburg).

519. **Über konstante Komplemente;** von L. Berczeller. (Wien. klin. Woch. 1918. S. 1125.)

Die Konstanz der komplementären Wirkung ist einer der wichtigsten Faktoren, die über die Wassermann-Reaktion entscheiden. Die Hämolyse komplettierende Eigenschaft des Meerschweinchenserums kann je nach der Darstellung große Differenzen ergeben, durch geeignete gleiche Gewinnungsmethode können diese Differenzen aber ausgeschaltet werden. Außerdem kommen individuelle Schwankungen einzelner Sera bei den üblichen Ausführungsmethoden in Betracht, die aber durch Mischung mehrerer Blute ausgeschlossen werden können.

Koenigsfeld (Freiburg).

520. **Serologische Untersuchungen zur Frage der Krebsdisposition;** von E. Herzfeld und R. Klinger. (D. med. Woch. 1918. S. 118.)

Jedes Serum ist imstande, bei bestimmter Versuchstechnik Eiweiß abzubauen. Dieses Abbauvermögen im Serum von Krebskranken ist herabgesetzt. Diese Herabsetzung ist nicht für Krebs spezifisch und richtet sich nicht spezifisch gegen Tumoreiweiß. H. u. Kl. nehmen an, daß bei solchen Individuen die Synthese im Vergleich zum Abbau begünstigt sein muß und gerade darin ein förderndes Moment für das Tumorwachstum gesucht werden muß. Die Reaktion muß also der Ausdruck einer bestehenden Tumordisposition, nicht aber als der Beweis für das Vorhandensein eines Tumors aufgefaßt werden. Koenigsfeld (Freiburg).

521. **Zur Serodiagnostik der Syphilis mittels Ausflockung durch cholesterinierte Extrakte;** von H. Sachs und W. Georgi. (Med. Klin. 1918. S. 805.)

Die Methodik der beschriebenen Ausflockungsreaktion besteht in dem Mischen von menschlichem Blutserum mit geeignet hergestellten Verdünnungen cholesterinierter Extrakte unter Beurteilung auf Ausflockung im Agglutinoskop. In 94,94% der untersuchten 2770 größtenteils luesverdächtigen Serumproben ergab diese Anordnung Übereinstimmung mit der Wassermann-Reaktion. In 5,06% der Fälle bestanden Divergenzen, in 3,18% der Fälle war die Ausflockung, in 1,88% der Fälle war die Wassermann-Reaktion stärker oder allein positiv. Die praktisch klinische Erprobung muß zeigen, inwieweit diese einfache Methodik für die Serodiagnostik der Syphilis brauchbar ist. Koenigsfeld (Freiburg).

II. Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie.

522. **Beobachtungen über Regeneration beim Menschen.** 15. Abhandl.: *Regeneration der quergestreiften Muskeln;* von A. Bier. (D. med. Woch. 1918. Nr. 34. S. 929.)

B. benutzte als Nährboden für die Regeneration den serös-lymphatischen Erguß und glaubt, bei der Regeneration des Musc. pectoralis und vastus medialis einen Erfolg erzielt zu haben. Funktion und elektrische Untersuchung sprechen dafür, anatomischer Beweis fehlt. In anderen Fällen fand sich bei der anatomischen Untersuchung kein Muskelgewebe regeneriert, nur Narbe.

Thormählen (Hamburg-Eppendorf).

523. **La dyschondroplasie, ou Maladie d'Ollier;** per E. Kummer. Mit 4 Röntgenkarten. (Revue méd. de la Suisse rom. 1918. Nr. 9. S. 569.)

Ein Fall linksseitiger Knorpelwachstumsstörung mit Röntgenbildern. Der Fall gleicht wohl der Chondromatose nach Frangenheim, wird aber als eine Stütze der Ollierschen Auffassung ausgelegt, indem kongenitale krankhafte Anlage die Umbildung der knorpligen in knöcherne Substanz verhindert. Auffallende Drüsenveränderungen, die eine endokrine Ätiologie unterstützen würden, fehlten.

von Noorden (Bad Homburg).

524. **Über den Cholesteringehalt des Blutserums bei Krankheiten;** von W. Stepp. (Münchn. med. Woch. 1918. Nr. 29. S. 781.)

Als Methode wurde die kolorimetrische von Autenrieth und Funk angewendet. Beim Diabetes mellitus fand sich eine Vermehrung des Blutcholesterins, die nicht parallel ging mit dem Blutzuckergehalt, auch mit der Azidosis in keine engere Beziehung gebracht werden konnte. Bei vollkommenem Gallengangsverschluß wurde unerwartet ein niedriger Cholesterinwert im Blut gefunden, anscheinend infolge schlechterer Resorption des Nahrungscholesterins oder einer stärkeren Ausscheidung des Cholesterins durch den Darm. Bei schweren Graden der Nephrose kommt es zu Lipämie und damit verbundener starker Ansammlung von Cholesterin im

Blut. Bei den übrigen Nierenerkrankungen hält sich die Cholesterinvermehrung in geringen Grenzen.

Geppert (Hamburg).

525. **Über die Konstitutionslehre in ihrer Anwendung auf das Problem der Chlorose;** von Naegeli. (D. med. Woch. 1918. Nr. 31. S. 841.)

N. hat in den letzten $5^1/_2$ Jahren 46 Fälle von *Bleichsucht* gründlichst klinisch und hämatologisch geprüft. Keine einzige der sorgfältig beobachteten Chlorosen hatte ein kleines oder Tropfenherz oder Hypoplasie der Gefäße, ebensowenig bestand Hypoplasie der Sexualorgane höheren Grades. Auch mache selbst hochgradige Hypoplasie nicht Chlorose oder Anämie. *N.s Chlorotische waren meist sehr kräftig gebaut*, mit breiter und meist auch tiefer Brust; *von Habitus asthenicus* war (mit 2 Ausnahmen) *nichts wahrzunehmen*. Status lymphaticus sei bei den sehr seltenen Sektionen von Chlorosen nie gefunden worden. Nicht einmal bestand konstitutionelle Albuminurie, niemals eine sog. konstitutionelle Mitralstenose. Systolische Herzgeräusche gingen mit Heilung der Anämie vorüber. *Lymphozytose vor der Eisenbehandlung wird in keiner unkomplizierten Beobachtung wahrgenommen*, als Regel besteht aber ausgesprochene Leukozytenreduktion. — Die Chlorose sei demnach *nicht* als eine *exquisit degenerative Konstitutionsanomalie* zu bezeichnen; es handle sich um eine oft vererbbare *Konstitutionsanomalie der ovariellen Funktionen*, wohl in erster Linie eine Hypofunktion der interstitiellen Drüse, die freilich oft nur temporär bestehe, und auf die die Gravidität einen günstigen Einfluß ausübt. *Ferner* nimmt N. eine *Überfunktion des Adrenalsystems* auf Grund der ausgesprochenen *Pigmentarmut der Haut der Chlorotischen* (Alabasterweiß der Brusthaut) an. Dafür spreche auch der Umstand, daß vagotonische Erscheinungen bei Chlorose nicht allzuhäufig sind, und sympathikotonische Reizungen vorherrschen. Chlorotische werden auch von der Sonne sehr wenig gebräunt. Die *veränderte Funktion des Adrenalsystems* werde *von den Ovarien aus korrelativ bedingt*. Auf innersekretorischer Wirkung beruhe auch der starke Knochenbau der Chlorotischen und der starke Eiweiß- und Fettansatz bleichsüchtiger Mädchen. Korrelativ bedingt sei auch der niedrige Gehalt des Blutes an Leukozyten, die Hypofunktion des lymphatischen Apparates. Die *Chlorose* sei eine *Konstitutionskrankeit*, ihre Vererbbarkeit sei ja auch unbestritten.

Kadner (Dresden-Loschwitz).

526. **Die Arteriosklerose;** von Ribbert. (D. med. Woch. 1918. Nr. 35. S. 953.)

Das Ergebnis der Forschungen Ribberts läßt sich nicht kürzer und vollständiger wiedergeben, als es am Schlusse des Artikels zusammengefaßt ist: Bei allen Menschen vom Ende des ersten Jahrzehnts an (bei vielen auch früher), wenn auch in wechselndem Grade, treten in der Intima der Aorta *flockige und streifenförmige Verfettungen* auf, die mit dem Alter zunehmen, aber dauernd als solche bestehen bleiben, d. h. *nicht von sklerotischem Bindegewebe überlagert werden*. Sie beruhen auf einer Infiltration der Intima mit Lipoiden, können zu einer nur sehr geringen Zunahme und später auch zu leichteren regressiven Veränderungen des Gewebes führen. — Bei einem großen Teile der Menschen treten zu diesen Verfettungen, aber *unabhängig von ihnen*, beetförmige Verdickungen der Intima hinzu, die sich aus der hyperplastischen Schicht und darüber gelagertem sklerotischen Bindegewebe aufbauen. In ihnen wird die Lipoideinlagerung und die Degeneration bis zur schließlichen breiigen Erweichung (Atherosklerose) besonders hochgradig. Diese Verdickungen gehen hervor aus kleinen, in der Aorta hauptsächlich an den Abgangsstellen der Arterien sitzenden Hyperplasien des Intimagewebes, die sich schon bei kleinen Kindern finden, und die ich als Entwicklungsanomalien ansehe. In sie wird schon frühzeitig Fett abgeschieden, über ihnen entwickelt sich allmählich ein sklerosierendes und die angrenzenden gewöhnlichen Verfettungen mehr und mehr überdeckendes Bindegewebe, und so entstehen im Verlaufe von Jahrzehnten die arteriosklerotischen Veränderungen, deren Ausbildung vielleicht durch cholesterinvermehrende Stoffwechselstörungen, durch infektiöse, toxische und blutdrucksteigernde Einflüsse befördert werden kann. *Die Arteriosklerose tritt also nicht erst im späteren Leben auf, sie erlangt in ihm nur ihre volle Ausbildung.*

Kadner (Dresden-Loschwitz).

527. **Zur Kenntnis der Gehirnveränderungen bei Fleckfieber;** von Adolf Jarisch. (D. Arch. f. klin. Med. Bd. 126. S. 270. 1918.)

Es werden von 16 Fällen an Fleckfieber Verstorbener Auszüge aus den Krankengeschichten und Obduktionsprotokollen und außerdem die histologischen Befunde an den Gehirnen mitgeteilt. Es wurden spezifische, bei anderen Krankheiten noch nicht gesehene Veränderungen an den Kapillaren und Präkapillaren des Gehirns nachgewiesen, die zu einer eng begrenzten, doch deutlich nachweisbaren Schädigung der nervösen Elemente führen und die in ihrer Summe die schweren, paralytischen delirienähnlichen Symptome, welche das Fleckfieber vor anderen Infektionskrankheiten besonders auszeichnet, zu erklären vermögen. Kankeleit (München).

528. **Pathologisch-anatomische Beobachtungen bei der jetzt herrschenden Influenza-Epidemie;** von Schmorl. (D. med. Woch. 1918. Nr. 34. S. 937.)

Sch. berichtet über 50 Sektionen. Sie betrafen, bis auf 5, Personen unter 30 Jahren, meist kräftige Individuen, was wohl darauf zurückzuführen sei, daß die über 30 Jahre alten Personen die Krankheit von 1889/90 durchgemacht haben und dadurch gegen erneute Erkrankung geschützt sind. In allen Fällen finden sich Tracheitis und Bronchitis, sehr häufig Pneumonien, mehrfach mit eitriger Pleuritis kompliziert, mehrmals disseminierte, kleine, von den Bronchien ausgehende Abszesse, die zu eitriger Pleuritis geführt hatten. Ein besonderes Gepräge verliehen der Epidemie: das häufige Vorkommen hämorrhagischer Enzephalitis (15 mal unter 44 Gehirnsektionen, bei $30^0/_0$ der Fälle). Sch. beobachtete teils sogenannte Ringblutungen mit nekrotischem, um ein kleines Gefäß gelegenem Zentrum, großzellige Wucherung an der Peripherie der Nekrose und umschließende Anhäufung von roten Blutkörperchen, teils einfache, durch den Austritt roter Blutkörperchen bewirkte Zertrümmerung der Gehirnsubstanz. In zwei Fällen fanden sich sehr kleine Diplokokken, die auf Blutagar ähnlich wie der Pfeiffersche Bazillus wuchsen; doch hält Sch. die ätiologische Bedeutung dieser Diplokokkus für die Blutungen für unwahrscheinlich. *Die Erkrankung sei toxischen Ursprungs.* In sieben Fällen bestand eine diphtheritische Entzündung der Schleimhaut im unteren Abschnitt der Trachea, die sich als die Folge einer tief in die Submukosa hineinreichende nekrotisierende Entzündung erwies. Diphtheriebazillen oder Pfeiffersche Stäbchen waren im Schnitt noch durch Kultur nachweisbar, aber meist Streptokokken und Pneumokokken, einmal Staphylokokken. Ähnliche Bilder sah Sch. nur nach Einatmung ätzender Gase. — Sch. erkennt

zwischen den 1889/90 erhobenen anatomischen Befunden und den bei der jetzigen Epidemie erhobenen nur graduelle Unterschiede, doch sei die Pfeiffersche Bazillus höchstwahrscheinlich nicht der Erreger der jetzigen. Kadner (Dresden-Loschwitz).

529. **Über den Sektionsbefund bei der gegenwärtigen Grippe-Epidemie;** von A. Glaus und R. Fritzsche. (Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte 1918. Nr. 34. S. 1121.)

Von 53 an Grippe Gestorbenen waren 38 Männer, 15 Weiber. 41 der Gestorbenen waren 19—30 Jahre alt. 40 der Sezierten waren gesunde, kräftige Individuen; *nicht in einem einzigen Falle wurde Status thymolymphaticus festgestellt.* Von 13 sezierten Frauen waren 6 gravid. Der zweithäufigste pathologisch-anatomische Nebenbefund war Mitralstenose Tuberkulose wurde im ganzen in 3 Fällen nachgewiesen. Gravide und solche mit geschädigtem Herzen und gestörtem Lungenkreislauf erschienen also besonders gefährdet. Darauf wies auch meist der pathologisch-anatomische Befund hin. Konstant war die Lunge erkrankt, besonders in Form von infarktmäßigen Hämorrhagien, Abszessen, Nekrosen, pneumonischen Herden, Hyperämie und Ödem. Eine Bronchitis katarrhalis wurde nie vermißt, in einem Fünftel der Fälle war sie purulent. In acht Fällen fanden sich ausgesprochene diphtheritische pseudomembranöse Entzündung von Larynx und Trachea, fast in allen punktförmige oder größere subpleurale Blutungen, dreimal entzündliche Veränderungen des Perikard. Etwa in der Hälfte der Fälle war die Milz im Sinne eines akuten septischen Tumors verändert. Beinahe konstant fanden sich kleine punktförmige Veränderungen im Nierenbecken. In den meisten Fällen zeigte die Leber septische Verfettung. Die Schleimhäute der Nase und der Nebenhöhlen waren kaum verändert. In 45 Fällen fand sich in der Lunge der Diplokokkus lanceolatus, ebenso im Herzblut.

Kadner (Dresden-Loschwitz).

530. **Pathologisch-anatomische Beobachtungen über Influenza im Felde;** von A. Dietrich. (Münchn. med. Woch. 1918. Nr. 34. S. 928.)

Die Pfeifferschen Bazillen finden sich auf der Höhe der Krankheit in den Alveolen, auch unter dem Epithel, und in den schleimig-eitrigen Pfröpfchen der Bronchiolen. Sie sind die Pioniere, die den in den späteren Stadien das Feld beherrschenden Diplo- und Streptokokken, seltener Staphylokokken, den Weg für ihr deletäres Wirken ebnen. Der Nasenrachenraum zeigt nur geringe katarrhalische Erscheinungen, die Schleimhaut der Trachea ist stark hyperämisch, in höheren Graden auf ihr kleienförmige Schorfe, in den Bronchien fibrinöseitrige Pfröpfe. In den Lungen Ödem, auch hämorrhagisch, und bronchopneumonische Herde in wechselnder Mischung. Schwellung der Bronchialdrüsen. Die Sekundärinfektion führt im Anschluß an die bronchialen Herdchen zu derber Infarzierung und eitriger Einschmelzung weiter Bezirke. Diese Abszesse greifen leicht auf die Pleura über und führen zu Streptokokkenempyemen. Milzschwellung, Lipoidschwund der Nebennierenrinde wie bei Sepsis. In den Nieren oft Anfänge entzündlicher Veränderungen. Latente Tuberkulose kann durch die Grippe geweckt werden.

Mandelsloh (Berlin).

531. **Recherches sur la question de l'embolie graisseuse de la petits et de la grande circulation;** per T. Nakata. (Revue méd. de la Suisse rom. 1918. Nr. 8. S. 480.)

Tierexperimente. Fettinjektionen in Venen oder Arterien zeigen Lungenembolien. Von der V. mesenterica injiziert bleibt die Injektionsstenose in der Leber. Von der Carotis aus lagert es im Hirn vorübergehend und restiert in den Lungen. Muskelkapillaren passiert die Fettinjektion schlecht, ebenso die der großen inneren Organe. Das Verweilen in der Lunge dauert bis 18 Tage lang. Menschliches Fett passiert etwas schwieriger im allgemeinen. Gestützt auf 7 menschl. Fälle findet sich nur minimale Fettanhäufung in den Gefäßen des großen Kreislaufes. von Noorden (Bad Homburg).

532. **Über Rückbildung der Arythmia perpetua.** *Zugleich Beiträge zum Mechanismus der Entstehung von Vorhofflimmern am Menschen;* von M. Semerau. (D. Arch. f. klin. Med. Bd. 126. S. 161. 1918.)

Nach D. Gerhardt lassen sich die Fälle von Flimmerarythmie mit vorübergehender oder dauernder Rückkehr zur nomalen Schlagfolge in zwei Kategorien einteilen. Zu der ersteren gehören diejenigen Fälle, bei denen das Vorhofsflimmern anfallsweise ganz nach Art einer paroxysmalen Tachykardie auftritt, um ebenso rasch und unvermittelt abzuklingen; zu der zweiten Gruppe diejenigen Fälle, in denen die totale Herzunregelmäßigkeit vor dem endgültigen Einnisten noch ein oder mehrere Male für kurze Zeit wieder zu einer geordneten Schlagweise zurückkehrt. S. teilt für jede von beiden Kategorien 3 Fälle mit. Auf Grund der Analyse dieser Fälle und einer umfassenden kritischen Benützung der Literatur kommt S. zu dem Ergebnis, daß bei der reversiblen Abart der Arythmia perpetua als Hauptfaktoren eine Übererregbarkeit der Vorhofsmuskulatur und eine Zunahme der Vaguserregung zu betrachten sind. Es wird auf die Verwandtschaft des reversiblen Vorhofflimmerns zu extrasystolischen Arythmien hingewiesen. Ebenso auf die Beziehung des andauernden Flimmerns zum reversiblen. Es würde zu weit führen, auf die Details der sehr interessanten theoretischen Erörterungen einzugehen.

Kankeleit (München).

533. **Zur Entstehung der Massenblutung im Nierenlager (Haematoma perirenale) infolge Durchbruchs eines Aneurysmas der rechten A. ovarica;** von Ad. Reinhardt. (D. med. Woch. 1918. Nr. 38. S. 1052.)

Bei der Sektion einer 30jährigen Frau fand sich an der rechten Hinterwand des Bauches eine vom Peritonium bedeckte, vom kleinen Becken bis zur Leber reichende, übermannskopfgroße Blutgeschwulst. Darm und Genitale ließen keine Ursache für die Blutung erkennen, am gehärteten Präparat zeigte sich aber eine Perforation eines Aneurysmas der A. ovarica dicht an ihrer Abgangsstelle von der Aorta. Das Aneurysma wird als angeborene Erweiterung erklärt, sein Einreißen kann durch Erhöhung des Blutdrucks sowie durch mechanische Druck- und Zerrwirkung intra graviditatem und partum erfolgt sein. Es fehlten alle Anzeichen dafür, daß die Blutung von der Niere oder ihrer Kapsel ausgegangen sei.

Dreyfus (Straßburg).

534. **Nebennierenveränderungen nach Verbrennung;** von T. Nakata. (Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte 1918. Nr. 38. S. 1283.)

Durch Tierexperimente suchte N. die *Ursachen des Todes nach Verbrennungen* zu erforschen. Erwachsene, hauptsächlich männliche Meerschweinchen und Kaninchen wurden durch mehr oder weniger aus-

gebreitete Verbrennungen einem schnelleren oder späteren Tode unterworfen. Die Nebennieren wurden einige Minuten bis 16 Tage nach der Verbrennung makroskopisch und mikroskopisch genau untersucht. Die Ergebnisse waren: bei Tod in den ersten 24 Stunden deutliche *Hyperämie* in Rinde und Mark und Parenchymaltrationen in der Rinde (Protophlasma- und Kernstörungen bis zur Nekrose). In weiteren 24 Stunden nach der Verbrennung findet sich *Zunahme von Größe und Gewicht des Organes* (Gewebszunahme in Parenchym), *fortbestehende Hyperämie, Hämorrhagie*. Bemerkenswerte *Lipoidverminderung*. Hyperämie und Hämorrhagie sind toxisch bedingt, unter chemischem Einfluß entstanden. Auch die Zellalteration beruht auf einem solchen (Giftwirkung). Das Organ ist der Fett- und Lipoidspeicherung nicht mehr gewachsen. Die Gewebszunahme beruht auf Hypertrophie der Rindenzellen. In menschlichen Verbrennungsfällen fanden sich fast gleiche Veränderungen. Die *Nebennierenstörungen* können als *Todesursache bei Verbrennungen* in Betracht kommen. Kadner (Dresden-Loschwitz).

535. Über eosinophile Zellen in Harnsedimenten. *Zugleich ein Beitrag zur Kenntnis der Urethritis membranacea;* von A. Edelmann und Hildegard Lazansky. (D. med. Woch. 1918. Nr. 41. S. 1131.)

Aus der Arbeit ergibt sich, daß eosinophile Zellen bei verschiedenen Erkrankungen der Niere im Harnsediment gefunden werden; bei akuter hämorrhagischer Nephritis 7—13%. Ihr Erscheinen ist von guter prognostischer Bedeutung. Bei Asthma bronchiale findet sich bisweilen eine Leukozytentrübung des Harnes, die zu 30% aus eosinophilen Zellen besteht. In einem Fall von Urethritis membranacea wurden 92% eosinophiler Zellen im Harnsediment gefunden. Kadner (Dresden-Loschwitz).

536. Darmverschluß mit ungewöhnlichem anatomischen Befund; von M. Haedke. (D. med. Woch. 1918. Nr. 40. S. 1108.)

Zwei einschlägige Krankengeschichten:

1. Der in einen Strang von der Dicke eines Taschenbleistiftes verwandelte Wurmfortsatz von auffallender Länge tritt an ungewöhnlicher Stelle aus dem Dickdarm heraus. Er ist nach oben um eine Dünndarmschlinge herumgeschlagen, deren beide Schenkel er völlig zusammenpreßt. Die Spitze des Wurmdarmes sitzt am aufsteigenden Teile des Dickdarmes fest in einem etwa kirschkerngroßen Knoten derber Verwachsungen.

2. Eine akut mit Ileuserscheinungen aufgetretene Geschwulst entpuppt sich bei der Operation als wurstförmige Dünndarmeinschiebung von 25—30 cm Länge. Wegen Zeichen von Gangrän wird die ganze Geschwulst entfernt. Guter Verlauf. Kadner (Dresden-Loschwitz).

537. Über hämorrhagische Diathesen; von Wilh. Stepp. (D. med. Woch. 1918. Nr. 37. S. 1009.)

St. sagt zunächst über *Hämophilie, Skorbut, Barlowsche Krankheit* und den *Morbus maculosus* Bekanntes. Bei Purpura haemorrhagica bemerkt St., daß, wenn es gelingt, die bedrohlichen Blutungen erst einmal zum Stehen zu bringen, die Neigung zu Blutungen in der Regel sehr rasch zurückgeht. Da bei Patienten mit Purpura recht häufig tuberkulöse Veränderungen der Lungen gefunden wurden, sei daran zu denken, daß zu der chronischen Infektion noch etwas anderes hinzukommen müsse. Man könne wie bei Skorbut an einen Ernährungsfaktor denken. — Bei den hämorrhagischen Diathesen bestehen Störungen in dem verwickelten Vorgang der Gerinnung des Blutes. Diese ist zu fördern durch Kalksalze, doch tritt die Wirkung erst nach einiger Zeit regelmäßigen Gebrauches zutage. Koagulen (Kocher und Fonio) wirke befriedigend und sei gleichbedeutend mit Zufuhr von Thrombokinase. Finkl fand die stark gerinnungsbeschleunigende Wirkung von Lungenextrakten (Clauden). Das Präparat besteht ebenso wie das Koagulen aus Lipoiden, worin wohl seine Wirksamkeit liege. Frisches Blut hat keine sichere Wirkung; dagegen zeigte sich sehr wirksam die intravenöse Injektion hypertonischer Kochsalzlösungen (5 oder 10%) in Mengen von 5—10 ccm und Gelatine. Letztere wirkt erst nach 6—8 Stunden. Man kann sie auch per os verabreichen. Die Blutgerinnungszeit wird verkürzt; man kann große Dosen geben. Kalzine (Merck) ist wirksam, macht aber Schmerzen und Temperatursteigerungen. Kadner (Dresden-Loschwitz).

III. Pharmakologie (einschl. Pharmakotherapie) und Toxikologie.

538. Über Emulsionstherapie; von G. Mansfeld. 1. Mitteil. (Wien. klin. Woch. 1918. Nr. 28. S. 775.)

Aus den an Hunden angestellten Versuchen geht hervor, daß, wenn man fein emulgiertes Fett in die Blutbahn bringt, ein sehr wesentlicher Teil des Fettes nach mehr als 1 Stunde in der Lunge sich vorfindet. Zweckmäßig nimmt man Oleum olivarum, das mit etwas Ölsäure und schwach alkalischer Kochsalzlösung versetzt ist. Beim Schütteln entsteht eine feinste staubförmige Emulsion, die bis zu 3% Fett enthalten kann; die einzelnen Fettkügelchen sind etwa so groß, wie ein Typhusbazillus.

Gleichzeitig mit dem Fett können auch in Fett gelöste Arzneikörper eventuell in der Lunge aufgespeichert werden. Um die Verteilung in anderen Organen zu studieren, wurde Tieren eine feine Suspension chinesischer Tusche intravenös injiziert: Lunge, Milz, Leber und Knochenmark waren schwarz verfärbt, andere Organe vermochten keine Spur dieser Emulsion zurückzuhalten (das physikalische Verhalten der Fettemulsion und der Tuscheemulsion setzt M. als gleichmäßig voraus). Das Zurückbleiben der Emulsionsteilchen in Milz und Knochenmark würde zugunsten eines Chininzusatzes bei Malaria sprechen, die Affinität des Fettes zur Lunge scheint einen Zusatz von Kampfer bei Pneumonie zu rechtfertigen. (Weitere Versuche nach diesen Richtungen stellt M. in Aussicht.) Bachem (Bonn).

539. Über den Einfluß der Temperatur auf Wirkungsstärke und Oberflächenaktivität der Narkotika; von R. Unger. (Biochem. Zeitschr. Bd. 89. S. 238. 1918.)

Es ergab sich, daß auch unabhängig von etwaigen bisher allein berücksichtigten Änderungen der Narkotikumverteilung die verschiedenartige Beeinflussung der Stoffwechselvorgänge der lebenden Substanz durch Temperatur und Narkose teils gleichsinnige, teils gegensinnige Kombinationswirkungen beider Faktoren zu erklären vermag. (Es werden hierfür einige Beispiele angeführt.) Ferner werden Anhaltspunkte dafür gegeben, daß die Narkose in der Kälte auf einer Summation der erregbarkeitsherab-

setzenden Kältewirkung und der Narkosewirkung beruht. Die von H. Meyer festgestellten Änderungen des Teilungskoeffizienten bei wechselnder Temperatur sind nicht für alle Fälle ausreichend zur Erklärung der Änderung der Wirkungsstärke der untesuchten Narkotika. Da weder Änderungen des Teilungskoeffizienten, noch solche der Oberflächenaktivität an den Trennungsflächen flüssig-gasförmig und flüssig-flüssig unter dem Einfluß wechselnder Temperatur die differenten Wirkungen der 6 untersuchten Narkotika (Salizylamid, Benzamid, Monazetin, Chloralhydrat, Äthylalkohol, Azeton) auf Kaulquappen, Fische und Froschnerven bei wechselnden Temperaturen einheitlich zu erklären vermögen, so ist es wahrscheinlich, daß auch die besondere Beeinflussung der Stoffwechselvorgänge bei dem Zustandekommen der verschiedenen Kombinationswirkungen von Narkose und Temperaturänderungen eine wichtige Rolle spielt.

Bachem (Bonn).

540. **Erfahrungen mit dem neuen Schlafmittel „Nirvanol"**; von E. Tiling. (Therap. Monatsh. 1918. Nr. 11. S. 422.)

Nach den an über 100 weiblichen Personen angestellten Versuchen steht das Nirvanol (Phenyläthylhydantoin) in der Mitte zwischen Veronal und Medinal. Die Dosierung war folgende: bei leichter Schlaflosigkeit und Neurasthenie 0,25—0,3, bei etwas hartnäckigeren Fällen und Psychosen 0,5—1,0 und bei schweren Erregungszuständen eine zweimalige Darreichung von 1 g pro die oder abends 1 g und im Laufe des Tages 1—2 mal 0,25—0,3. Eine höhere Gabe als 1,5 soll man im allgemeinen nicht anwenden, da danach ein komaartiger, bis 24 Stunden lang dauernder Schlaf mit nachfolgender Benommenheit eintritt. Nach den üblichen Dosen dagegen wird über Nebenwirkungen nicht häufiger geklagt als bei Veronal; nur vereinzelt klagten neurasthenische Patientinnen über Mattigkeit, Gliederschwere und Erschwerung des Denkens am folgenden Morgen.

Bachem (Bonn).

541. **Über Luminalexantheme, zugleich ein Beitrag zur Behandlung der Chorea infantum**; von H. Luce und J. Feigl. (Therap. Monatsh. 1918. Nr. 7. S 236.)

Es wird über günstige Erfolge mit wochenlanger Luminalbehandlung bei Chorea berichtet. Für 9—12-jährige Kinder beträgt die Dosierung in der Regel 4 mal täglich 0,05. Die hypnotische Wirkung des Mittels trat fast gänzlich in den Hintergrund, auch wurde es vom Magen gut vertragen, nur zeigten sich in 3 der behandelten 5 Fälle ausgedehnte Scharlach-Masern-Exantheme. Ihr Auftreten war ganz akut, die Dauer schwankte zwischen 4—7 Tagen, in einigen Fällen bestand hohes Fieber. Selbst nach längerem Gebrauch enthielt der Harn keine pathologischen Bestandteile.

Entgegen Strauß, der ein zirkulatorisches Moment für die Entstehung der Luminalexantheme ansieht, betonen L. u. F., daß es sich bei gegebener Bereitschaftsanlage um eine arznei-toxische Schädigung des neuro-vaskulären Apparates (vasomotorische Einflüsse) handelt. Bachem (Bonn).

542. **Über die Ausscheidung des Broms beim Menschen nach Einnahme von Bromnatrium**; von W. Autenrieth. (Münchn. med. Woch. 1918. Nr. 28. S. 749.)

Das bei nur ein- oder zweimaliger Darreichung zugeführte Bromnatrium wird vom menschlichen Körper hartnäckig zurückgehalten und nur langsam durch die Nieren ausgeschieden: eine nierengesunde Person schied nach 35 Tagen 72% der eingeführten Menge aus. Eine Gesetzmäßigkeit ließ sich dabei nicht feststellen. Zwei Nephritiker, die je 8 g Bromnatrium erhielten und gleichzeitig kochsalzarm ernährt wurden, schieden im Verlauf von 10 Tagen noch nicht die Hälfte der Mengen wie ein Gesunder im Harn aus. Nach kleinen Gaben Bromnatrium konnte bei einem Nierenkranken ein Bromgleichgewicht im Laufe von 7 Wochen nicht erreicht werden; dagegen war dies bei einer nierengesunden Person mit kochsalzreicherer Kost schon nach 10 Tagen der Fall. Die Versuche A.s decken sich mit den von Wyß früher erhobenen Befunden, daß das Kochsalz nur einen indirekten Einfluß auf die Bromausscheidung ausübt: infolge der durch Kochsalz bedingten verstärkten Diurese wird mehr Harn und damit auch mehr Brom ausgeschieden, wobei das prozentuale Verhältnis ziemlich gleich bleibt.

Im Blutserum eines Nephritikers, der längere Zeit Bromnatrium erhalten hatte, konnte reichlich Brom nachgewiesen werden, während die Blutkörperchen selbst bromfrei waren. Bachem (Bonn).

543. **Über Harnstoff als Diuretikum**; von J. Feilchenfeld. (Ther. d. Gegenw. 1918. Nr. 8. S. 273.)

Wiedergabe einiger Krankengeschichten, die F. zu der Behauptung veranlassen, daß Harnstoff häufiger als bisher als Diuretikum angewandt zu werden verdient. Man gebe hohe Dosen: 4—5 mal täglich je 20 g in der doppelten Flüssigkeitsmenge. In Frage kommen alle Formen von Hydrops und Höhlenergüssen, insofern nicht eine ausgesprochene Niereninsuffizienz vorliegt. Hydrops bei typischen Nephrosen scheint besonders gut auf Harnstoff zu reagieren; auch bei hydropischen Fällen von Nierensklerose wurden schöne Erfolge beobachtet. Bei ausgeprägter Niereninsuffizienz können jedoch große Harnstoffgaben schädlich wirken.

Genauere Untersuchungen über die Harnstoffausscheidung und die Reststickstoffwerte im Blute während der Harnstoffmedikation behält sich F. vor.

Bachem (Bonn).

544. **Zur Frage der Chiningewöhnung**; von H. Scholtz. (D. med. Woch. 1918. Nr. 35. S. 965.)

Bei quantitativer Untersuchung der Chininausscheidung im Harn und Kot Gewöhnter und Nichtgewöhnter ergeben sich keine Unterschiede. Die Gewöhnung an Chinin kann nicht durch lokale Immunität der Darmepithelien erklärt werden. Ein Abbau des Chinins im Blute ist nicht wahrscheinlich. Als Ursache der Gewöhnung kommt neben einer Erhöhung der Widerstandsfähigkeit der Plasmodien und der Entstehung chininresistenter Stämme stärkere Bindung des Mittels und Überführung in unwirksame Modifikation in Frage. Bachem (Bonn).

545. **Die Therapie der Malaria durch China-Alkaloide und ihre theoretischen Grundlagen**; von J. Morgenroth. (D. med. Woch. 1918. Nr. 35. u. 36. S. 961 u. 988.)

In den roten Blutkörperchen findet eine Speicherung der Chinaalkaloide statt, besonders des Chinins und des Optochins. Der Chinin- bzw. Optochingehalt der roten Blutkörperchen ist von dem jeweiligen Gehalt des umgebenden Serums abhängig und stets höher als dieser. Man darf annehmen, daß dem Chinin auch eine entsprechende negativ chemotaktische Wirkung, eine Repulsionswirkung den amöboid beweglichen Merozoiten bzw. Sporozoiten zuzuschreiben ist. Bachem (Bonn).

546. **Die Behandlung der Plaut-Vincentschen Angina mit Eukupin;** von L. Michaelis. (D. med. Woch. 1918. Nr. 35. S. 966.)

M. sieht im Eukupin ein fast spezifisches Mittel gegen die genannte Erkrankung. 2—3mal täglich soll das Geschwür mit einer 2proz. Lösung von Eucupinum bihydrochloricum betupft werden. Die örtlichen Erscheinungen pflegen meist schon nach einigen Tagen zu verschwinden. Offenbar besitzt das Mittel eine spezifische Wirkung auf die Spirochäten. (Mitteilung von 4 Fällen.) Bachem (Bonn).

547. **Das Vuzin in der Wundbehandlung, speziell bei der Behandlung von Kriegsbeschädigten;** von E. Bibergeil. (D. med. Woch. 1918. Nr. 35. S. 966.)

Empfehlung des von Klapp in die Chirurgie eingeführten Isoktylhydrokupreins (Vuzin). Nach hinreichender Inzision usw. wird die Wunde ausgiebig mit einer 2proz. Vuzinlösung gründlich ausgespült. Dabei fällt jede Tamponage oder Dränage fort. Die prophylaktische Verwendung der Vuzinlösung ist in den Vordergrund zu stellen; daher gestattet die Vuzin-Tiefenantisepsis die primäre Naht des infizierten Operationsgebietes. Ein Zusatz von Adrenalin ist zu vermeiden. Auf einige Nebenwirkungen, wie Temperatursteigerungen mit Störungen des Allgemeinbefindens sowie ödematöse Schwellungen ist zu achten. — Bei Eiterungen infolge von Sehnennekrosen und Knochensequestern ist vom Vuzin nicht allzuviel zu erwarten. Bachem (Bonn).

548. **Über die Wirkung des Isoktylhydrokuprein (Vuzin) auf die Gasbrandgifte;** von R. Bieling. (Berl. klin. Woch. 1917. S. 1213.)

Durch Umspritzen des Krankheitsherdes mit Vuzin werden nicht nur die Gasbranderreger, sondern auch deren Gifte blockiert und die ersten Anfänge des wegbereitenden Ödems vernichtet. Das Vuzin greift auch da noch störend in die Giftproduktion der Gasbrandbazillen ein, wo die verwendeten und zur Wirkung gelangenden Konzentrationen zur völligen Abtötung der Erreger nicht mehr imstande sind. Auch das im Körper bereits gebildete Gift unterliegt bis zu einem gewissen Grade noch einer neutralisierenden Wirkung des Alkaloids.
Koenigsfeld (Freiburg).

549. **Verwendung von Trypaflavin als Wundantiseptikum bei Gasphlegmone;** von M. Flesch. (Münchn. med. Woch. 1918. Nr. 35. S. 970.)

Fl. hat den Eindruck, daß unter Trypaflavinanwendung die Wunden sehr schnell eine gute Beschaffenheit annehmen und einen schönen Granulationsbelag erhalten. Schädigungen wurden nicht beobachtet. Thormählen (Hamburg-Eppendorf).

550. **Die Wirkung des Pilokarpins auf den respiratorischen Gaswechsel und den Gasgehalt des Blutes;** von G. Kelemen. (Biochem. Zeitschr. Bd. 89. S. 135. 1918.)

Die an Hunden angestellten Versuche ergaben folgendes: Die durch Pilokarpin verstärkte Sekretionstätigkeit der Speicheldrüsen wird von einem erhöhten Energieumsatz (ca. 10%) begleitet. Gleichzeitig findet auch eine Anreicherung des Blutes an Kohlensäure statt, die sowohl im arteriellen wie im venösen Blute nachzuweisen ist; allerdings nur im geringeren Grade im venösen Blute, das aus den sezernierenden Drüsen abfließt, und zwar aus dem Grunde, weil die Strömungsgeschwindigkeit daselbst stark erhöht ist. Für die Annahme einer Sekretion der Kohlensäure von seiten der Lunge ergibt sich aus den Versuchen K.s kein unterstützendes Moment.
Bachem (Bonn).

551. **Über die Verteilung des kolloiden Jodsilbers im Säugetierkörper nach intravenöser Injektion;** von J. Voigt. (Biochem. Zeitschr. Bd. 89. S. 220. 1918.)

Aus zwei an Kaninchen angestellten Versuchen ging folgendes hervor: Intravenös injiziertes kolloides Jodsilber lagert sich zwar auch in bestimmten Organen, vorzugsweise Leber, Milz und Knochenmark ab, jedoch nicht so vollständig und schnell wie kolloides Silber; ein Teil davon bleibt jedenfalls erheblich länger frei im Blute, wo es möglicherweise schon eine Umwandlung erfährt. Dadurch wird auch verständlich, daß schon 24 Stunden nach der Injektion in der Niere Ablagerungsformen auftreten, die bei den Ag-Versuchen erst nach viel längerer Zeit deutlich hervortreten. Die Ablagerungen in den Depots sind durchweg feiner als bei den Ag-Versuchen, da das kolloide Jodsilber gegen Elektrolyte wesentlich weniger empfindlich ist. Damit hängt auch die von V. am Krankenbett gemachte Erfahrung zusammen, daß ein Schüttelfrost infolge der Injektion nur sehr selten auftritt.

(Weitere Versuche hinsichtlich der therapeutischen Wirkung werden in Aussicht gestellt.)
Bachem (Bonn).

552. **Über Wund- und innere Behandlung von verschiedenen Krankheiten mit reiner amorpher Kohle;** von de Bruine Ploos v. Amstel. (v. Volkmanns Samml. klin. Vortr. Nr. 747/48; Chir. Nr. 209/10. 1918.)

Geschichtlicher Überblick über die therapeutische Verwendung der Kohle. Die Kohlebehandlung ist bei Vergiftungen, Darminfektionskrankheiten, Wundbehandlung, kurz überall, wo die adsorbierende Kraft der Kohle mit Nutzen angewendet werden kann (zur Bindung von Giften, Bazillen, Toxinen, Gasen, Absorptionsprodukten), die ideale Behandlung. Wiechowkis Erklärung, daß die Beifügung von Laxiermitteln nötig ist, weil anders die Kohle zu langsam ausgeschieden wird, wodurch die verzögerte Resorption der Gifte doch erfolge, ist unrichtig, wenigstens unrichtig für die Gift adsorbierenden und festhaltenden Kohlesorten. Diesem Verlangen entspricht das vom Verf. empfohlene *Norit* vollkommen, so daß man aus Norit kein Toxodesmin (Kohle mit Zusatz von Magnesium- und Natriumsulfat) zu machen braucht. Norit besteht aus reiner amorpher Kohle und besitzt höchste Adsorptionskraft, während andere Kohlepräparate Verbindungen von Kohle mit N, H und O nebenbei enthalten. Die Behauptung, daß Tierkohle anderen Kohlesorten vorzuziehen ist, ist unrichtig. Der Wert einer Kohlesorte hängt nicht von ihrer Herkunft ab, sondern nur von ihren adsorbierenden Eigenschaften und diese wieder von der Bereitungsweise.

Die von Merck und Wiechowski vorgeschriebene Entfärbungsprobe von Methylenblau hat für die Feststellung der Adsorptionskraft einer Kohle nicht den geringsten Wert (ähnliche Erfahrungen nach dieser Richtung konnte Ref. mit einigen Präparaten von kolloidaler Kohle machen).
Bachem (Bonn).

553. Weitere Mitteilung über Hormin; von Georg Berg. (Würzburger Abhandl. Bd. 17. H. 11. 1918.)

Wie das Testogan und Thelygan Iwan Blochs, so enthält auch das „Hormin" B.s die wirksamen Bestandteile *mehrerer* endokriner Drüsen. Es wird über günstige Erfolge bei nervösen Erschöpfungszuständen, zum Teil verbunden mit sexueller Insuffizienz, berichtet, aber auch bei Pubertätsakne, Chlorose, Dys- und Amenorrhöe, Defluvium capillitii u. a. Vorbedingung der Wirkung ist das Vorhandensein mindestens eines Hodens bzw. seines innersekretorischen Anteils. Klien (Leipzig).

554. 1. Über Dinitrobenzolvergiftungen; von O. Steiner. (Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte 1918. Nr. 34. S. 1139.)

2. Gewerbliche Schädigungen durch Benzol und seine Nitroabkömmlinge; von F. Koelsch. (Jahresk. f. ärztl. Fortbild. 1918. Sept.-H.)

1. Beobachtung von 7 Fällen von Dinitrobenzolvergiftung. In schweren Fällen (von denen einer mitgeteilt wird) kann es zu sehr bedrohlichen Erscheinungen kommen. Dinitrobenzol ist ein Blutgift mit lähmenden Wirkungen auf das Zentralnervensystem. Die Dämpfe werden weniger durch die Lungen als durch beschmutzte Kleider usw. durch die Haut aufgenommen. Die Wirkung tritt nicht sofort ein, sondern es besteht eine gewisse Latenzzeit, bis das Gift vom Blute gebunden wird. Die ersten Erscheinungen treten meist schon 48 Stunden nach Beginn der Beschäftigung mit Dinitrobenzol auf. Die Resistenz ist individuell, sie ist vermindert z. B. bei Alkoholikern und schwächlichen Individuen. Am Patienten tritt stets starker Nitrobenzolgeruch auf; daneben zeigt sich blaugraue Verfärbung der Schleimhäute, das Blut ist graublau und dickflüssig, Methämoglobin konnte nicht nachgewiesen werden, dagegen findet man stets starke Zerstörung der Blutkörperchen. Meerschweinchen gingen alsbald — konzentrierten Dämpfen ausgesetzt — unter Atem- und Herzlähmung zugrunde. Auch hier wurde keine Methämoglobinbildung festgestellt (beim Pflanzenfresser hält dies auch schwer! Ref.). Von den von St. beobachteten Fällen erholten sich alle in sehr kurzer Zeit, ohne daß Nachkrankheiten auftraten. Therapie: Sauerstoffeinatmung, Aderlaß mit Natr. bicarbon.-Infusion, Exzitantien und reichliche Milchzufuhr. Zur Verhinderung einer weiteren Resorption Entfernung der Kleider aus dem Zimmer, gründliche Waschung des ganzen Körpers mit heißem Wasser und Seife. Endlich geeignete Fabrikhygiene.

2. Übersichtliche Zusammenstellung mit Angabe der Analyse der verschiedenen in Betracht kommenden Benzolarten (einschließlich der technischen Verwendungsmöglichkeiten). Je nach der Zusammensetzung des (Handels-)Benzols ist auch die toxikologische Wirkung verschieden. Bei jeder Art der Aufnahme in den Körper erweist sich Benzol als Gift. Neben der Einatmung durch die Lungen kommt auch eine Aufnahme durch die unverletzte Haut in Frage. Die persönliche Disposition ist sehr verschieden, so vertragen z. B. Dicke das Gift besser als Magere, Frauen und Jugendliche sind besonders empfindlich. Die Wirkungsweise des Benzols gründet sich auf seine Flüchtigkeit und sein Fettlösungsvermögen, womit auch seine Wirkung als ausgesprochenes Nervengift erklärt ist. Die Ausscheidung erfolgt durch die Atmung, ein anderer Teil, über dessen Schicksal nichts bekannt ist, scheint oxydiert zu werden. — Weiterhin werden die einzelnen Symptome und der Sektionsbefund kurz besprochen. Die Therapie ist etwa die gleiche wie bei 1. angegeben.

Von nitrierten Benzolen kommen Mono-, Bi- und Trinitrobenzol in Frage. Die Aufnahme bei der gewerblichen Vergiftung erfolgt in Staubform per os, durch die Lungen oder durch die Haut. In den Fetten des Speisebreis und der Galle werden sie gelöst. Die individuelle Disposition ist, wie bereits bei 1. hervorgehoben, eine verschiedene; Alkoholismus begünstigt die Vergiftung sehr. Die Wirkungsweise der 3 Nitrobenzole ist eine ziemlich einheitliche. Vergiftungssymptome bei verschieden großen Dosen und verschieden langer Zeit, Dauer des Verlaufes, Nachkrankheiten, Sektionsbefund, Diagnose und Therapie werden kurz in einem für den Praktiker hinreichenden Umfange skizziert. Bachem (Bonn).

555. Quatre cas d'intoxication par le véronal; par P. Gautier. (Rev. méd. de la Suisse rom. 1918. N. 11. S. 642.)

In den 4 Fällen schwankte die eingenommene Menge zwischen 3,5 und 8 g; drei gingen in Heilung aus, im vierten (Gabe 5 g) erfolgte der Tod nach 4 Tagen. Meist bestand 2—4tägige Somnolenz, in dem tödlich endenden Falle Koma und Hyperpyrexie (41°). Therapeutisch wurde Koffein und Sauerstoffinhalation erfolgreich angewandt. Patienten, die bereits vorher Veronal genommen haben, bzw. an Veronal gewöhnt sind, kommen leichter zu Tode als an das Mittel Nichtgewöhnte. (Anscheinend hängt dies mit der ungenügenden Ausscheidung großer Gaben zusammen, wie Ref. bereits früher im Tierexperiment nachgewiesen hat.) Des weiteren werden die größtenteils schon bekannten Symptome, die Diagnose und Prognose besprochen. Bachem (Bonn).

556. Plötzlicher Tod nach Lokal-Anästhesie; von Brütt. (D. med. Woch. 1918. Nr. 21. S. 577.)

Br. sah bei einem Fall von Struma etwa 5 Minuten nach Vollendung der Lokalanästhesie (0,7 g Novokain) mit vorheriger Gabe von Skopolamin (0,0005), Morphium (0,01) *vor* der Operation plötzlich Herz- und Atemstillstand. Alle Wiederbelebungsversuche (u. a. Herzmassage bei freigelegtem Herzen) waren erfolglos. Durch die Autopsie wird der Tod nicht erklärt. Vielleicht hat die Summierung von Skopolamin - Morphium und Novokain eine tödliche Giftwirkung auf das Herz entfaltet.

Thormählen (Hamburg-Eppendorf).

557. Vergiftung mit Rizinussamen; von M. Gioseffi. (D. med. Woch. 1918. Nr. 28. S. 771.)

Zwei 10jährige Knaben aßen 8 bzw. 9 trockene und obendrein noch geröstete Rizinussamen nüchtern. 2 Stunden später zeigten sich Brennen im Schlunde, Händezittern, Koliken, schleimig-galliges Erbrechen, häufige blutig-schleimige Stühle, dazu Schwindelanfälle und Kopfschmerzen. Nach 12 Stunden: Blässe der Haut, kühle Extremitäten, fast aphonische Stimme, kleiner frequenter Puls. Im Harn keinerlei pathologische Bestandteile. Auf Darmeinläufe und Koffeininjektionen nur allmähliche Besserung.

Der relativ harmlose Verlauf der Vergiftung ist offenbar auf das vorherige Rösten der Samen zurückzuführen, wodurch die giftige Phytalbumose, das Rizin, zerstört wird; dieses kann, in Form frischer, nur sehr weniger Samen, lebensgefährlich wirken. (Im Süden ist die Wirkung der Bohnen den Soldaten bekannt, die eine infektiöse Enteritis oder [örtlich am Bindehautsack angewandt] ein Trachom simulieren wollen.) Bachem (Bonn).

IV. Innere Medizin.

558. Über die Brauchbarkeit des Straußschen Chloridometers; von Eichler. (Münchn. med. Woch. 1918. Nr. 13. S. 354.)

E. empfiehlt angelegentlich die Benutzung des *Straußschen Chloridometers* zur Bestimmung des Kochsalzes im Harn. Die Handhabung sei einfach, eine Bestimmung dauert $1^1/_2$ Minuten, die Prozentzahlen sind direkt abzulesen, der Materialverbrauch sehr gering. Kadner (Dresden-Loschwitz).

559. Krankhafte Beharrlichkeit in abnormen Selbstbeschädigungen; von Hagedorn. (D. med. Woch. 1918. Nr. 16. S. 436.)

Schwer psychisch erblich belasteter 26jähriger Bäckergeselle klagt über heftige anhaltende stechende Schmerzen links über dem Nabel. Die Untersuchung zeigt an der vorderen Bauchwand ein wirr durcheinanderliegendes Narbenfeld von nie gesehener Ausdehnung, dessen über Hand großer Teil im rechten Mittelbauch einen starken Narbenfeldbruch aufweist. Links fühlt man querliegend zwei Fremdkörper — Löffelstiele. Bei Eröffnung des Magens fand sich in der großen Kurvatur am Pylorus ein Blindsack von Wallnußgröße, der durch den ständigen Druck der abgebrochenen Löffelansatzteile ausgebuchtet war. Die Schleimhaut zeigte schwere katarrhalische Schwellung. Die Fremdkörper wurden entfernt, Magen- und Bauchwand geschlossen. Nach 18 Tagen konnte der Kranke geheilt entlassen werden. 8 Tage später kam er wiederum mit einem Löffelstiel im Magen zurück, der durch Laparotomie entfernt werden soll, sich aber nicht mehr vorfindet, um 3 Tage später halb im Magen, halb in der Speiseröhre steckend wieder beobachtet zu werden. Wahrscheinlich war er inzwischen durch Erbrechen entfernt und wieder verschluckt worden. — Der Mann hat mit 6 Jahren 12mal die verschiedensten metallnen Gegenstände verschluckt, die 11mal durch Laparotomie entfernt worden sind. — Daß nicht ein rein ungewollter Zwang den Menschen zu seinen Handlungen veranlaßte, geht daraus hervor, daß der Wunsch, sich nach Möglichkeit zu schonen bei seinen Versuchen besteht. Kadner (Dresden-Loschwitz).

560. Über die Wirkung eines Schilddrüsenpräparates auf die Blutbefunde, die Pulsfrequenz und das Körpergewicht bei Krebskranken; von J. A. Karlefors. (Nord. med. Ark. Bd. 50. 2. Abt. H. 3. S. 210.)

Die Behandlung von Krebskranken mit Thyroidea-Tabletten (Burroughs-Wellcome) erhöhte die Pulsfrequenz, setzte das Körpergewicht herab und veränderte das Blutbild: in einigen Fällen trat eine Verminderung, in einem eine Vermehrung der weißen Blutkörperchen ein, und einigemal verminderte sich die Zahl der neutrophilen Leukozyten bei gleichzeitiger Vermehrung der Lymphozyten. Fischer-Defoy (Dresden).

561. Wesen und klinische Bedeutung der Vakzinetherapie; von O. Brösamlen. (Med. Korr.-Bl. d. württemb. ärztl. Landesv. 1918. Juli S. 257.)

B. fand bei der Vakzinebehandlung in der Kontrolle des Blutbildes (Eosinophilie) ein Mittel, das geeignet ist, die klinische Beobachtung zu ergänzen und zu unterstützen und imstande ist, uns über die immunisatorischen Vorgänge im Körper besser zu unterrichten, als es die klinische Beobachtung allein vermag. — Die Vakzinebehandlung komme vor allem bei chronisch verlaufenden Infektionen in Betracht. Sie ist unter Kontrolle des Blutbildes auszuführen. Bei sehr geschwächten Kranken und solchen mit erheblichen Kreislaufstörungen ist sie zu widerraten. Sie ist mit den sonst üblichen Heilmethoden zu kombinieren. Kadner (Dresden-Loschwitz).

562. Über Milchtherapie; von R. Müller. (D. med. Woch. 1918. Nr. 20. S. 545.)

M. war es aufgefallen, daß bei Gonorrhöe die Gonokokkenvakzinebehandlung nur dann von deutlicher Wirkung ist, wenn sich zur Gonorrhöe eine Komplikation, insbesondere Epididymitis sowie Arthritis gesellte, während die unkomplizierte Gonorrhöe unbeeinflußt blieb, daß ferner die Wirkung, wenn sie eintrat, sich zu einer Zeit einstellte, an der an eine neue Antikörperproduktion noch kaum gedacht werden konnte; ferner erwies sich die intravenöse Injektion meist viel wirksamer als die intramuskuläre, und die gute Wirkung tritt besonders dann ein, wenn die Reaktion schockartig unter Fieber einsetzt. Der therapeutische Erfolg könne auf einen Immunisierungsprozeß deshalb nicht bezogen werden, und auch nicht, weil nach Überstehen der Krankheit nicht die geringste Immunität zurückbleibt. Daraus schloß M., daß auch durch unspezifisches fiebererzeugendes Eiweiß ein therapeutischer Erfolg zu erzielen sei. Einen gewissen Erfolg zeigten Versuche mit unspezifischer Vakzine, aber auch Natrium nucleinicum und Deuteroalbumose brachten ebensolche therapeutische Effekte. Dies führte zu Versuchen mit steriler Kuhmilch, die überraschend gute Erfolge brachten. Es war also festgestellt, *daß artfremdes Eiweiß auf den Verlauf gonorrhoischer Komplikationen günstig wirkt: Heterotherapie.* Ursache des Behandlungseffektes ist in einer schockartigen Vermehrung der entzündlichen Faktoren zu sehen. *der entzündlichen Heilfaktoren.* Kadner (Dresden-Loschwitz).

563. Über die diagnostische Bedeutung von Milchzuckerinjektionen; von C. Moewes. (D. med. Woch. 1918. Nr. 23. S. 627.)

M. fand, daß die von Schlayer angegebene *Methode der Milchzuckerinjektionen* — namentlich die Renovasculineinspritzungen — *nicht nur bei Nierenkranken* Anwendung verdienen, sondern auch bei allen anderen Krankheiten, bei denen die Niere irgendwie beteiligt ist, um deren Funktion beurteilen und darauf prognostische und therapeutische Entschlüsse gründen zu können. Das Ergebnis ist, daß M. eine spezifische Bedeutung der Reaktionen für die Erkenntnis rein vaskulärer Erkrankungen ablehnt. Die Probe gebe Auskunft über das Insuffizientwerden der Nierenfunktion bei chronischer Glomerulenephritis und maligner Sklerose, über das Wiedersuffizientwerden bei anderen Nephritiden und Nephrosen. Prophylaktisch sei die Probe anzuwenden vor eingreifenderen bei Nierenschädigung Gefahren bedingenden Vornahmen. Kadner (Dresden-Loschwitz).

564. Höhenklima, Bergkrankheit, künstliche Höhensonne; von J. Bogdanik. (Klin.-therap. Woch. 1918. Nr. 33—36. S. 252—273.)

Kurzgefaßter, guter Überblick über den gegenwärtigen Stand der Wirkung des Höhenklimas in seinen verschiedenen Einflüssen auf den mensch-

lichen Organismus. Eingehend werden die bekannten Symptome der Bergkrankheit und deren Ursachen geschildert. B. spricht besonders den ultravioletten Strahlen (künstliche Höhensonne) die Eigenschaft zu, auf die Hämoglobinbildung vermehrend einzuwirken. Diese Wirkung zeigte sich besonders günstig am Zirkulations- und Respirationsapparat. Durch die ultravioletten Strahlen wird dem Körper mehr Energie zugeführt, was eine Erhöhung des Stoffwechsels bedingt und gleichzeitig einen rascheren Abbau intermediärer schädlicher Stoffwechselprodukte. Da die Ultraviolettstrahlen bei Herz- und Lungenleiden vorzügliche Dienste leisten, erleichtern sie auch schwächlichen Personen den Aufenthalt im Hochgebirge. (Es wird eine diesbezügliche Krankengeschichte angeführt.) Bachem (Bonn).

---

565. **Die Häufigkeit luetischer Erkrankungen in der inneren Medizin;** von P. Schrumpf. (D. med. Woch. 1918. Nr. 28. S. 766.)

Unter 4280 fortlaufend untersuchten Männern der medizinischen Universitätspoliklinik fanden sich in 9,67% der Fälle luetische und paraluetische Erkrankungen der inneren Organe. Bei letzteren war die WaR. in 59,9% der Fälle positiv. Der größte Prozentsatz der internen Lues betrifft die Zirkulationsorgane (56,76%). Danach kommen die Erkrankungen des Nervensystems (23,43%).

Kadner (Dresden-Loschwitz).

566. **Wirbelschmerzen bei Malaria;** von E. Lyon. (D. med. Woch. 1918. Nr. 29. S. 805.)

L. beobachtete bei einem kleinen Prozentsatz seiner Malariakranken mehr oder weniger heftige Wirbelschmerzen, besonders bei Fällen von Tertiana oder bei Rückfällen. Meist waren zwei bis fünf aufeinanderfolgende Lenden- oder Brustwirbel gegen Druck und Klopfen empfindlich. Mit Vorliebe waren der 3. bis 5. Lendenwirbel, die auch bei Typhus oft erkranken, in Mitleidenschaft gezogen. L. bringt die Erscheinung mit den Beziehungen des Leukozytenblutbildes zur Knochenmarkstätigkeit (Hülse) beim Wechselfieber in Verbindung, sowie mit direkter toxischer Schädigung durch sich im Knochenmark festsetzende Malariaparasiten.

Kadner (Dresden-Loschwitz).

567. **Zur Behandlung hartnäckiger, scheinbar chinin-resistenter Malariafälle;** von W. Neumann. (D. med. Woch. 1918. Nr. 18. S. 488.)

Die Kranken wurden nach dem Nochtschen Schema behandelt, mit der Vereinfachung, daß nach achttägiger Chinindarreichung von 1,2 g und 2—4tägiger Pause gleich dazu übergegangen wurde, immer an 2 bestimmten aufeinanderfolgenden Wochentagen dieselbe Dosis zu geben. Erfolg gut. Falls nach den ersten 8 Chinintagen noch Parasiten gefunden wurden, folgte eine zweite Reihe von 8 Chinintagen. Es kamen 2 Fälle im Lazarett und 6 poliklinische Fälle *von Chiningewöhnung (ausschließlich Malaria tropica)* zur Beobachtung. Sie sollten der verstärkten Chininbehandlung nach Teichmann unterworfen werden; dies war aber nicht immer nötig, da bei nicht weniger als 6 von den 8 in der Chininpause die Parasiten verschwanden. Folgen die Krankengeschichten. Von den 4 poliklinischen Patienten hat sich keiner wieder gemeldet. Es sei also mit der Möglichkeit einer *nachträglichen, kumulativen Chininwirkung* zu rechnen: es werde vielleicht im chiningewöhnten Organismus ein Teil des Chinins in der Leber abgefangen, aber nicht abgebaut (Teichmann), sondern nur zurückgehalten, um später noch in die freie Blutbahn zu gelangen und keimtötend zu wirken. Kadner (Dresden-Loschwitz).

568. **Über die Erfolge regelrecht durchgeführter Malariaprovokationen;** von W. Hoffmann. (D. med. Woch. 1918. Nr. 28. S. 768.)

Da die ersten nach der Winterszeit erfolgenden Neuinfektionen an Malaria, die nicht völlig geheilten und die latent Infizierten hinsichtlich der Weiterverschleppung der Krankheit im Vordergrunde stehen, so ist es wünschenswert, diese aus den Truppenteilen herauszufinden und zu entfernen. H. gibt für die hierzu erforderliche *provokatoriche Behandlung* folgende Maßnahmen an: Der Verdächtige wird für die Dauer von 10 Minuten in einem Heißluftbade oder im Bett durch Einleitung heißer Luft zu leichtem Schwitzen gebracht und dann in einem Vollbad von 20° C drei Minuten lang abgekühlt und diese Prozedur nach einem Tage Bettruhe wiederholt. An zwei aufeinanderfolgenden Tagen wird dann die Milz faradisiert, und Vornahme anstrengender Muskelübungen mit nachfoglender warmer und kalter Dusche oder Kompresse auf die Milzgegend verordnet. Zur Untersuchung auf Malariaerreger wurden dicke Bluttropfen angefertigt (s. S. Schilling, Anleitung. Verl. v. G. Fischer, Jena). Von 482 Malariagenesen, die der Provokation unterworfen wurden, wurde bei 41 = 8,5% mikroskopisch und klinisch Malaria festgestellt. Es waren bis 12 Provokationen erforderlich. Meist waren Gameten, bisweilen außerdem Ringe nachweisbar. Die Plasmodienausscheidung war nicht immer gleichmäßig: nach positivem Befund gab es auch negative dicke Bluttropfen. Die Kranken wurden im Lazarett behandelt (Chinin, Arsen). Eine Schlußprovokation vor der Entlassung hat bisher nicht erwiesen, daß die Heilung scheinbar gewesen wäre. Die Provokationsmethode sei auch anzuwenden, um bei der Demobilisierung die heimische Bevölkerung vor Einschleppung der Malaria zu bewahren.

Kadner (Dresden-Loschwitz).

569. **Zur Ruhrfrage;** von R. Kathe. (D. med. Woch. 1918. Nr. 18. S. 488.)

K. betont, daß die *Ruhr keineswegs immer eine schwere Erkrankung* sei. Agglutinationsproben an Blutseren, die zur WaR., zum Typhus-Widal usw. eingesandt waren, zeigten in etwa 30% der Fälle positiven Ruhr-Widal. Die so weit verbreitete einheimische Ruhr wurde nur durch giftarme Typen (Flexner, Y.) verursacht. Bei Auffindung des Kruse-Shiga-Bazillus handelte es sich stets um Kranke aus Nachbarländern (Galizien). Nicht unwesentlich für den Ausbruch der Krankheit sei der Diätfehler. Die *Fliegenplage* sei vor allem im Stellungskriege eine Hauptursache der Verbreitung der Ruhr (Einrichtung geschlossener, fliegendichter Latrinen!). Ruhrbazillenträger seien chronisch Ruhrkranke. Zu ihrem Nachweise sei mit Vorteil die Rektoskopie kombiniert mit üblichen serologisch-bakteriologischen Verfahren zu verwenden.

Kadner (Dresden-Loschwitz).

570. **Ruhrkomplikationen und ihre Behandlung;** von Schantusky. (Münchn. med. Woch. 1918. Nr. 42. S. 1150.)

Bei der häufigsten Komplikation, dem Ruhr-Gelenkrheumatismus, sind vorwiegend die großen Gelenke der Extremitäten befallen, die der oberen häufiger als die der unteren. Die in sämtlichen Fällen in der Rekonvaleszenz einsetzende Erkrankung zieht

weniger Gelenke als der akute Gelenkrheumatismus in Mitleidenschaft; sie beginnt gewöhnlich im Kniegelenk, ist weniger schmerzhaft als die Polyarthritis rheum., aber länger dauernd; Rötung fehlt. Auch reine Arthralgien ohne Schwellung finden sich und in 2% der Fälle sehr hartnäckige Muskelrheumatismen, an denen die Armmuskulatur jedoch unbeteiligt bleibt. Die Temperatur schwankt meist um 38, und in Ausnahmen erreicht sie 39,5. Afebril verlaufen die Muskelrheumatismen, bis auf einzelne Fälle von Befallensein der Nackenmuskulatur, die lange subfebrile Temperaturen aufweisen. Antipyretica und Heißluftbehandlung versagen, 10% Ichthyoleinwicklungen bringen Erleichterung, eklatante Erfolge aber die Serumbehandlung. 40 ccm polyvalentes Ruhrserum werden bis zu 4 mal in Abständen von 2—3 Tagen intramuskulär injiziert. Freiere Beweglichkeit und Nachlassen der Schmerzen, nicht aber der Schwellung ergab sich in allen Fällen. — Im Gegensatz zum Gelenkrheumatismus sind eigentliche Herzerkrankungen selten, doch finden sich häufig subjektive Herzbeschwerden mit Pulsbeschleunigung bis zu 120 (1,5% der Fälle). Labile Herztätigkeit, ohne Herzbeschwerden wurde auch oft gesehen. Therapie: Bettruhe, Herzumschläge, Tinct. Valer. Sekundäre Anämien zeigen sich bei einer großen Anzahl von Fällen, auch bei solchen, die keine besonders großen Blutverluste gehabt hatten. Diese Anämie soll eine Reihe anderer Erscheinungen erklären: Müdigkeit, Erbrechen, auch Störungen der Magenfunktion. Die ohne kardiale oder renale Ursache auftretenden Ödeme, die Fußrücken, Unterschenkel und Gesicht befallen, decken sich wohl mit dem Kriegsödem. Als Ursache sind durch Ernährungsstörungen bedingte Gefäßschädigungen, auch in der Niere, anzusehen. Die Störung schwindet ohne besondere Diät.

Am Krankenbett angelegte Kulturen gaben noch ungenügendere Resultate als die gewöhnliche Methode. Dreyfus (Straßburg).

571. **Ergebnisse bei kombinierter Serum-Vakzinetherapie der Ruhr;** von Schelenz. (D. med. Woch. 1918. Nr. 38. S. 1050.)

Es wurden zwei chronische und acht akute schwere Ruhrfälle mit gutem Erfolge der „kombinierten spezifischen Behandlung": gleichzeitige Behandlung mit antitoxischem Dysenterieserum und einer multivalenten Ruhrvakzine unterworfen. Bei den *chronischen Fällen* wurde am 1. Tage 20 ccm Serum, nach 24 Stunden 0,3 ccm Vakzine, nach weiteren 24 Stunden 0,5 ccm, am nächsten Tage dieselbe Dosis und bei dem einen Falle nach weiteren 24 Stunden 1 ccm Vakzine infiziert. Die Blutbeimengung verschwand, die Stühle wurden seltener und die Kranken erheblich gekräftigt.

Bei den *akuten Fällen* wurde 10 ccm Serum, am darauffolgenden Tag 0,3 ccm Vakzine und dann Tag für Tag um 0,2—0,3 steigende Vakzine bis zum Eintritt breiiger Stühle injiziert. Die Höchstmenge von 1,5 ccm wurde nie überschritten. Überraschende Besserung: Schwinden der Blutbeimengung, Verringerung der Zahl der Stühle, Hebung des Allgemeinzustands, aber keine wesentliche Beeinflussung der Temperatur. Keine unangenehmen Nebenwirkungen.

Bei schweren Intoxikationserscheinungen beginne man nach der Serumgabe, mit geringeren Vakzinedosen 0,1—0,2 und steigere langsam. Dreyfus (Straßburg).

572. **Beiträge zur Kenntnis der Bazillenruhr (Dysenterie und Pseudo-Dysenterie) mit besonderer Berücksichtigung der Schutzimpfung;** von Krekeler. (Psych.-neur. Wochenschr. 1918. S. 91.)

Es gelang mit einem Ruhrimpfstoff, der nach Angaben von Dr. Ditthorn und Dr. Löwenthal in dem Seruminstitut der Chemischen Fabrik „Bram" in Öltzschau bei Leipzig hergestellt war, auf einer Abteilung der Heil- und Pflegeanstalt Leipzig-Dösen, die bisher sehr viele Neuerkrankungen aufzuweisen hatte, die Ruhr fast zum Erlöschen zu bringen. Die bei einigen Kranken beobachteten Nebenerscheinungen wie Kopfschmerz, Fieber, Übelkeit, Schmerzen im ganzen Körper und Schluckbeschwerden erreichten um Mitternacht des 1. Impftages ihren Höhepunkt und waren am nächsten Morgen verschwunden. Schmidt (Andernach).

573. **Die Ruhrneuritis;** von A. Bittorf. (D. med. Woch. 1918. Nr. 21. S. 567.)

B. sah in etwa 1% seiner Fälle Neuritis als Ruhrfolge. Häufig setzten die Erkrankungen mit Fieber ein. Sie beginnen erst nach Schwinden der akuten Darmerscheinungen; demnach sei die Neuritis nicht direkte Folge der Toxinwirkung des Ruhrbazillus; sie sei vielmehr eine sekundäre toxisch bedingte Nervenentzündung, entstanden durch Resorption giftiger Substanzen oder Bakterien vom Darm aus. B. beobachtete vorwiegend sensible Nervenentzündungen. Motorische Lähmung trat nur in einem Falle auf: nach schwerer Tetanie entwickelte sich linksseitige Ulnarisneuritis mit degenerativer Atrophie der versorgten Muskeln. Reste blieben lange. Öfters traten motorische Reizerscheinungen auf: Crampi besonders in den Waden, bisweilen begleitet von Ischialgie. Auch in Fällen mit heftigen Schmerzen fehlten motorische Störungen und degenerative Atrophien. Kadner (Dresden-Loschwitz).

574. **Über die Wirkung des Ruhrheilstoffes — Boehncke;** von A. Groß. (D. med. Woch. 1918. Nr. 29. S. 796.)

G. beobachtete unter der einheimischen Bevölkerung im besetzten Ostgebiet gehäufte, außerordentlich schwere Dysenteriefälle im Sommer und Herbst 1917, und faßt seine Erfahrungen folgendermaßen zusammen: Bei allerschwersten Fällen — der Körper nicht mehr reaktionsfähig — versagt der Heilstoff (Böhncke). Bei noch kräftigem Körper vorhandene schwere Allgemeinintoxikation kann noch bekämpft werden durch Kombination von Heilstoff mit Vorgabe kleiner Mengen (10—30 ccm) Dysenterieserums. Wenn örtliche schwere Erscheinungen das Bild beherrschen, wirkt Heilstoff äußerst günstig, Serumanwendung ist nicht nötig. Auch in den leichteren Fällen ist der gefahrlose, billige, bequem anwendbare, unbegrenzt herstellbare Heilstoff dringend zu empfehlen, da er die Widerstandsfähigkeit des Körpers erheblich steigert, und die sonst so häufig retrahierte Rekonvaleszenz beschleunigt. Kadner (Dresden-Loschwitz).

575. **Über die Behandlung der Ruhr mit polyvalentem Serum;** von L. Jacob. (Münchn. med. Woch. 1918. Nr. 24. S. 640.)

Bei 90 Fällen von Ruhrerkrankungen aller Art wurde polyvalentes Ruhrserum sowohl subkutan als auch intravenös gegeben, und zwar 20 bis 49 ccm in mehrfachen Injektionen. Ein Einfluß auf den Verlauf der Erkrankung wurde nicht festgestellt. Keine Verminderung der Mortalität, keine Verhütung von Komplikationen, dagegen in 4—5% bedrohliche Zustände nach den Injektionen. Nach den Ergebnissen J.s ist demnach die Serumbehandlung der Ruhr abzulehnen. Geppert (Hamburg).

576. **Schutzimpfungen gegen Dysenterie bei einer Irrenanstaltsepidemie;** von R. Fabinyi. (Wien. klin. Woch. 1918. Nr. 22. S. 613.)

F. verwandte zur Bekämpfung einer ausgedehnten Haus-Dysenterieepidemie eine polyvalente Vakzine, bestehend aus der 24stündigen mit 0,5% Karbol konservierten Emulsion von zwei Shiga-Kruse, 2 Flexner- und 2 Y-Stämmen, welche einige Tage vor der Impfung dem Serum beigemengt wurden. Eine aus einer halben Milliarde Bazillen bestehende polyvalente Emulsion wurde durch 2 cm³ Serum ganz atoxisch gemacht. Die allgemeine wie die lokale Reaktion war ganz gering. Durch Bestimmung der Agglutinationstitres wurde festgestellt, daß diese Dosierung auch eine effektive immunisierende Fähigkeit besitzt. Durch diese Impfungen sei die eigentliche Eruption der Epidemie im letzten Augenblick zurückgehalten worden. Kadner (Dresden-Loschwitz).

577. **Zur Chemotherapie der Ruhr;** von Paul v. Szilly und A. Vertes. (Wien. klin. Woch. 1918. Nr. 4. S. 95.)

Die zur Anwendung gebrachten antitoxischen Ruhrsera wirken in unspezifischer Weise. Gleiche Wirkungen lassen sich erzielen durch parenteral applizierte chemische Giftstoffe. Verwendet wurden intramuskuläre Injektionen von 1—2 ccm Soluesin (Szilly), das folgende Zusammensetzung hat: Hydrargyr. bichlor. 1,4, Natr. arsenicos. 0,5, Natr. jodat. 24,0, Aqu. dest. ad 100,0.

Geppert (Hamburg).

578. **Zur Bakteriotherapie der Ruhr;** von Boehmcke. (D. med. Woch. 1918. Nr. 21. S. 565.)

Die *echte* Dysenterie hat durch ihre Zunahme zunächst für die Feldheere, zuletzt aber auch für die Heimat wachsende Bedeutung erlangt und damit ist die Frage der zweckmäßigsten Ruhrtherapie stark in den Vordergrund getreten. Die *Serumbehandlung*, rechtzeitig und in genügender Dosis angewendet, erzielte sehr gute Wirkungen; eine optimale Wirkung sah v. B. aber *nur bei frühzeitiger Anwendung der intramuskulären Injektion*, und zwar sei lieber ein Mehr als zu wenig zu geben, 300—500 ccm und darüber. Ein spezifischer Heileffekt ohne Serumtherapie läßt sich aber mittelst der *Vakzinationstherapie* — Bakteriotherapie — erreichen, womit der Gefahr eines Heilmittelmangels, der bei der Serumtherapie wohl eintreten könne, aus dem Wege zu gehen sei. Nur eine polyvalente Stammvakzine — entsprechend der Vielgestaltigkeit der Ruhrerreger — konnte Erfolg versprechen. Es war nötig, die beiden Bestandteile der Vakzine aufeinander einzustellen — mit der möglichst geringen Menge Immunantikörper (Dysenterieserum) die möglichst größte entgiftende Wirkung (auf den Dysenteriebazillenanteil der Vakzine) auszuüben, sowie mit dem möglichst unveränderten Antigen (Dsyenterie und Pseudodysenteriebazillen) den möglichst schnellsten und kräftigsten immunisierenden Effekt zu erzielen. Zu reichlichem Serumanteil entsprach reaktionsloser Impfverlauf, fehlender aktiv stimulierender Immunisierungseffekt und höchstens minimale lediglich passive Immunserumwirkung. Zu spärlicher Serumzusatz hatte im Gefolge stürmische Impfreaktionen, deren Abklingen zu lange Zeit in Anspruch nahm, um eine in kurzen Pausen fortgesetzte Vakzinierung auch nur mit kleinsten Dosen zu gestatten. Der schließlich in größtem Umfang angewendete *„Ruhrheilstoff"* ist eine *multivalente Ruhrbazillenvakzine.* — Die erforderliche Menge ist auch von Allgemeinbefunden und Reaktionsfähigkeit des zu behandelnden Organismus abhängig; also lieber kleine Dosen, da auch diese den Ictus immunisatorius nicht vermissen lassen — 0,1—0,25 cm mit allmählicher Steigerung in zweckentsprechenden Intervallen. Neue Einspritzung nur nach Abklingen jeder Reaktionserscheinung! Dafür scheinen 20—30stündige Intervalle zu genügen. Die höchste Einzeldosis scheine mit 2,0 ccm als Wirksamkeits-, nicht aber als Unschädlichkeitsgrenze erreicht zu werden. — Die meisten der Beobachter schreiben dem Ruhrheilstoff eine günstige Wirkung zu. Versager betreffen fast ausnahmslos schwerste Fälle, bei denen der Organismus überhaupt nicht mehr reaktionsfähig ist. In diesen kann, wenn überhaupt etwas, nur Serumtherapie helfen. Es gibt aber zahlreiche Fälle, wo schwere Darmerscheinungen vergesellschaftet sind mit toxischen allgemeinen Symptomen, wo eben in dem kräftigen Organismus noch so viel vis a tergo vermutet werden darf, daß es nach erfolgter Absättigung der in ihnen kreißenden Toxine durch eine primäre Serumapplikation in den Stand gesetzt wird, auf einen immunogenen spezifischen Anreiz zu antworten, und bei sorgfältiger und geglückter Vakzinierung selbsttätig die erforderlichen Antikörper zu bilden. Ist die richtige Dosis getroffen, so kann sich die Ruhrheilstoffanwendung sehr wohl befähigt zeigen, bei der Kombination mit der Serumtherapie deren Einzeldosen an Zahl und Menge erheblich zu verringern. Man lese die interessante Arbeit.

Kadner (Dresden-Loschwitz).

579. **Zur Behandlung der Dysenterie;** von A. Galambos. (Wien. Klin. Woch. 1918. Nr. 19. S. 529.)

Die *leichte Dysenterie* behandelt G. als lokale Erkrankung des Mastdarmes und des Sigma. (Entscheidend ist das klinische Bild.) Sie heilt bei jeder Behandlung. *Mittelschwere Dysenterie* gibt weniger günstige Behandlungsresultate. Viel Geduld und Erfahrung erfordert die Behandlung der *schweren Dysenterie.* Im akuten Stadium gibt G. 1 cg Morphin subkutan, wenn nötig später 2 mal täglich — 1 Injektion abends, 1 nachts. Die tägliche Zahl kann auf 3 und 4 cg erhöht werden, aber nur für kurze Zeit. Die Dosis wird möglichst bald wieder reduziert. Immer sei die Anwendung individualisierend. Die Heilungstendenz findet die Vorbedingungen der Wirksamkeit in den durch Morphin ruhiggestellten Därmen viel eher. G. hatte nicht die geringste schädliche Nebenwirkung zu verzeichnen. Ersetzbar sind die Morphininjektionen nicht. Gute Erfolge wurden mit 2—3 mal täglich verabfolgten 0,5 mg Adrenalin bei krampfhaften Schmerzen und starken Tenesman erreicht. Metylenblau ist kein spezifisches Mittel, doch wurden in hartnäckigen, schweren Fällen von Dysenterie Erfolge erzielt wie mit keinem anderen Mittel: 20 cg Einzeldosen tägl. 5—6 mal in Oblaten mit je 6—8 Tropfen Tinkt. Opii, zur Herabsetzung der lokalen Reizwirkung. Die Tagesdosis von 1 g wird durchschnittlich 4—6 Tage lang, in den schwersten Fällen, wenn gut vertragen, länger gereicht. Keine lokale Behandlung auf der Höhe der Krankheit. Später 10% Dermatolsuspension oder 0,5—1% Protargollösung, Kaliumhypermangan in 0,5% Lösung. *Die Einläufe sind sehr vorsichtig und nicht zu früh zu versuchen.* Zur Entfernung harter Skybala empfiehlt G. Karlsbader Wasser mit Bismut kombiniert. Die Arbeit enthält noch manche beherzigenswerte Ratschläge.

Kadner (Dresden-Loschwitz).

580. **Paratyphus-A-Fälle mit Exanthem;** von E. Nobel und Cilczer. (D. med. Woch. 1918. Nr. 27. S. 739.)

Der Verlauf der beobachteten Fälle von *Paratyphus A mit* mehr oder weniger deutlichem *Exanthem* glich meistens einem mittelschweren Abdominaltyphus mit einer Krankheitsdauer von 3—4 Wochen. Die Roseolen traten meist in der zweiten Woche auf. In manchen Fällen hatten sie Ähnlichkeit mit Typhus, resp. Paratyphus B-Roseolen, in manchen mit einem Fleckfieberexanthem. *Die Roseolen bei Paratyphus A ließen sich*

histologisch differenzieren gegenüber Typhus und Fleckfieber. Der Prozeß ist als ein akut entzündlicher zu charakterisieren, spezifische Momente sind nicht festzustellen. Im Gegensatz zu Flecktyphus sind die Gefäßwände unverändert, wenigstens in morphologischer Hinsicht. Es lassen sich daher diese klinisch als Fleckfieber imponierenden Fälle gegen letztere Krankheit mit Bestimmtheit abgrenzen. Kadner (Dresden-Loschwitz).

581. **Über die Behandlung der Typhusbazillenträger mit Zystin-Quecksilber**; von Wilhelm Geiger. (D. med. Woch. 1918. Nr. 18. S. 486.)

G. *gelang es nicht*, Typhusbazillenträger, insbesondere die für die Ausbreitung des Typhus so wichtigen Dauerausscheider mit Zystin-Quecksilber zur Heilung zu bringen. Kadner (Dresden-Loschwitz).

582. **Das Verhalten des Liquor cerebrospinalis bei Fleckfieber**; von H. Müller. (D. med. Woch. 1918. Nr. 25. S. 680.)

M. nahm in einem Falle von *Fleckfieber* fortgesetzte *Lumbalpunktionen* vor. Zunächst war der Befund der einer einfachen serösen Meningitis, später war eine *typische leichte Leptomeningitis* nachweisbar, die bald wieder abheilte. Die Wassermann-Reaktion im Blute mit Luesextrakt war auf der Höhe der Erkrankung stark positiv. Im Liquor blieb sie negativ. Die Punktion schien von günstigem Einfluß auf den Verlauf zu sein. Kadner (Dresden-Loschwitz).

583. **Weitere Erfolge der Auto-Serumbehandlung beim Fleckfieber**; von Laszlò Györi. (D. med. Woch. 1918. Nr. 25. S. 677.)

Beobachtungen am Krankenbette zeitigten folgende Ergebnisse: Am günstigsten verliefen die Fälle, bei denen die Blutentnahme am achten Tage erfolgte. Geschah sie früher, so war der Erfolg nicht so ausgeprägt. Bei einigen rechtzeitig Behandelten wurde der Verlauf durch Hinzutreten anderer Umstände gestört. — *Unbedingt anzuraten sei die Autoserumtherapie bei älteren und schwächeren Kranken mit ernster und zweifelhafter Prognose.* Mit dem Beginn der Behandlung soll bis zum achten Tage gewartet werden. Bei schwächeren Personen ist der Autoserumbehandlung eine Digalenkur vorauszuschicken. Kadner (Dresden-Loschwitz).

584. **Die bisher mit Fleckfieberschutzimpfung gemachten Erfahrungen**; von Moellers und G. Wolff. (D. med. Woch. 1918. Nr. 25. S. 676.

Die Ergebnisse der Untersuchungen sind folgende: *Die Schutzimpfung gegen Fleckfieber mit dem Formalinimpfstoff ist gefahrlos.* Sie gewährt keinen absoluten Schutz, scheint jedoch die Erkrankungszahl und namentlich die Sterblichkeitsziffer herabzusetzen. Die Bekämpfungsmittel, namentlich der Kampf gegen die Kleiderläuse darf also auch bei Schutzgeimpften nicht vernachlässigt werden. Schutzimpfungen mit formalinisiertem Fleckfieberimpfstoff schützten Meerschweinchen in einigen Fällen gegen nachfolgende Infektion mit Fleckfieberblut. Von 650 Schutzgeimpften sind 11, und zwar 6 vor Ablauf von 3 Monaten und 5 nach Ablauf von 3—8 Monaten nach Abschluß der Impfung erkrankt. Außerdem erkrankten vier Personen, die nur 2 Einspritzungen erhalten hatten, und sechs Personen, bei denen die Schutzimpfung während der Inkubationszeit des Fleckfiebers erfolgt war. Kadner (Dresden-Loschwitz).

585. **Verbreitungsweise der übertragbaren Darmkrankheiten**; von B. Heymann. (Zeitschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. Bd. 86. 2. H. S. 245. 1918.)

Bei der Übertragung von Typhus und Ruhr spielt eine nicht zu unterschätzende Rolle die starke Versprayung des Klosettinhalts durch die Wasserspülung, die experimentell nachgewiesen wurde. Bei Ruhr ist die Stäubcheninfektion von Bedeutung; sie ist auf die Ansammlung und Ausstreuung der Keime vermittelst der Kleidung zurückzuführen. Fischer-Defoy (Dresden).

586. **Zur Paulschen Pockendiagnose**; von W. Wolf. (Wien. klin. Rundschau 1918. Nr. 19. u. 20. S. 111.)

W. hat sich in der diagnostischen Praxis folgenden Untersuchungsgang zur Regel gemacht:

Versuchstiere, deren Kornea eine Stunde nach der Impfung keine pathologischen Erscheinungen zeigt, werden nicht getötet, nur die Amtsstelle wird von dem variolanegativen Befund telegraphisch verständigt. Treten pathologische Erscheinungen auf, so wird das Tier nach 48 Stunden getötet, die Kornea genau makroskopisch durchmustert und zumeist auch photographiert. Bei geringstem Zweifel an der Variolaeigenart des makroskopischen Befundes wird noch die histologische Untersuchung vorgenommen. — Bei Einhalt dieses Untersuchungsganges kann dem Untersucher keine variolapositive Reaktion entgehen. Kadner (Dresden-Loschwitz).

587. **Über die pathologische Anatomie und die Übertragung der Weilschen Krankheit**; von J. W. Miller. (Zeitschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. Bd. 84. 2. H. S. 161. 1918.)

Die Pathogenese der Weilschen Krankheit ähnelt in vieler Hinsicht der des Scharlach. Die Eintrittspforte der Spirochäte icterogenes ist der hintere Abschnitt der Nasen- und Rachenhöhle. Kleine Bläschen in den Tonsillarkrypten bilden den Primäraffekt, denen entzündliche Veränderungen in den Zervikaldrüsen sich anschließen. Dementsprechend bestehen die ersten klinischen Erscheinungen in Schluckbeschwerden und Halsschmerzen; der Rachen ist gerötet, das Zäpfchen geschwollen. Sekundär treten Kontinuitätstrennungen der Körperhaut auf. Überträger der Infektion sind in erster Linie infizierte Ratten, in deren Harn und Kot die Spirochäten nachgewiesen wurden. Fischer-Defoy (Dresden).

---

588. **Herz und Konstitution**; von A. Hoffmann. (Jahresk. f. ärztl. Fortbild. 1918. H. 2.)

Die Arbeit bringt in der Einleitung eine zusammenfassende Übersicht über die verschiedenartigen Begriffsbestimmungen von Konstitution, konstitutioneller Disposition, Kondition, Diathese usw. und schildert dann die Kreislaufveränderungen beim Infantilismus, der Chondrodystrophie, dem rachit. Zwerchwuchs, dem Mongolismus sowie bei den krankhaften Zuständen, die in das Bereich der Diathesen fallen (Status thymo-lymphaticus, exsud. Diath.) Arthritismus, Spasmophilie, Hetereodystrophie und endlich das Verhalten der Kreislauforgane bei Störungen in der Funktion der endokrinen Drüsen. Besondere Berücksichtigung finden ebenfalls die sogen. Konstitutionskrankheiten (Diabetes, Gicht und Fettsucht). Das Röntgenverfahren und die Elektrokardiographie sind Mittel, um uns brauchbare Grundlagen zu schaffen für Erkennung und Beurteilung von Herzstörungen konstitutioneller Art. Geppert (Hamburg).

589. **Über die verschiedenen Methoden der Herzmessung und Herzphasenbestimmung**; von L. Huismans. (D. med. Woch. 1918. Nr. 11. S. 295.)

H. bekennt sich — die Güte aller Systeme anerkennend — als Anhänger des mit dem Fernstrahl kombinierten Sphygmographen. Neben der Ausmessung des Herzens sei eine Prüfung der Herzfunktion ermöglicht, indem zwei Aufnahmen auf derselben Platte — eine endsystolische und eine enddiastolische — die für die Beurteilung der Funktion entscheidende Verschiebung des linken Herzrandes in Erscheinung bringt, und außerdem ermöglicht, das Herz in jeder beliebigen *gewollten* Phase aufzunehmen. Die Handhabung sei außerordentlich einfach und zeitsparend, der Anschaffungspreis des Apparates beinahe um die Hälfte herabgesetzt und sicherer Lichtschutz gewährt. Grödel gegenüber, der die Verbindung von Elektrokardiograph und Röntgenkinematograph als die souveräne Methode bezeichnet, meint H., daß dieser technische und methodische Schwierigkeiten unüberwindlicher Art entgegenstehen. Grödel könne durch besonders komplizierte Maßnahmen wohl mathematisch sicher erkennen, an welcher Stelle des Elektrodiogramms im Herzbild fiel, sei aber nicht in der Lage, dieses Bild mit Sicherheit in Beziehung zu einer beliebigen gewollten Phase der Herztätigkeit zu bringen. Kadner (Dresden-Loschwitz).

590. **Zur praktischen Diagnostik angeborener Herzfehler;** von F. Fortmann. (D. med. Woch. 1918. Nr. 3. S. 71.)

Die *angeborenen Herzfehler* lassen sich unterscheiden als *solche ohne Blausucht* und *solche mit Blausucht*. Ohne Blausucht bestehen: Das Offenbleiben des Botellischen Ganges und die angeborene Lücke der Kammerscheidewand. Die erste dieser Mißbildungen ist nicht sehr selten und die Diagnose ist verhältnismäßig leicht. Die zwei in der A. pulmonalis zusammenprallenden Blutströme erzeugen dort (im ersten linken Interkostalraum am Brustbeinrande) ein *scharfes langgezogenes Geräusch*, das meist rein systolisch ist, oder anhaltend mit systolischer und diastolischer Verstärkung. Meist ist dort deutliches Schwirren zu fühlen, am deutlichsten im Interkostalraum. Bisweilen ist auch der diastolische Klappenschluß an der Pulmonalis fühlbar. Die Erweiterung der Art. pulmonalis führt zu einer charakteristischen der Herzdämpfung aufgesetzten Dämpfungsfigur: parasternales Dämpfungstrapez (Hermann Müller). Da die Erweiterung sich erst nach und nach ausbildet, fehlt sie bei kleinen Kindern — manchmal auch bei Erwachsenen, wenn die Dehnung des Ductus Botalli nicht sehr stark ist. Eine ähnliche Figur kann bei persistierender Thymus bestehen. Verbreiterung der Herzdämpfung nach einer oder beiden Seiten braucht nicht vorhanden zu sein. Charakteristisch ist das Fehlen der Zyanose. Subjektive Beschwerden bestehen nicht. Die Prognose ist günstig. — Die angeborene Lücke der Kammerscheidewand — meist im membranösen Teil, der entwickelungsgeschichtlich zum Gebiet der großen Gefäße gehört — ist gekennzeichnet durch ein *systolisches Geräusch* an der der Lücke entsprechenden Stelle, sowie fühlbares systolisches Schwirren, welches selten fehlt. Das Geräusch ist durch seine Eigenart charakteristisch (lang, scharf, brausend oder rauschend) und bricht mit dem diastolischen Tone ab: Preßstrahlgeräusch, H. Müller. *Es sitzt immer unterhalb der dritten Rippe am linken Sternalrand.* Die Erweiterung der rechten Kammer ist meist nur gering, der zweite Pulmonalton nur manchmal verstärkt. — Die angeborenen Herzfehler *mit* Blausucht sind: die Transposition der großen Gefäße und die angeborene Pulmonalstenose. Für erstere Mißbildung gilt als diagnostische Regel: *Angeborene Zyanose ohne wahrnehmbares Geräusch am Herzen — wiederholt festgestellt — ist Transposition der großen Gefäße.* Mediane Lage des Herzens sichert die Diagnose. — Die angeborene Pulmonalstenose ist der häufigste der angeborenen Herzfehler. Sie ist gekennzeichnet durch lautes, systolisches Geräusch im zweiten Interkostalraum links am Brustbeinrand. Kein Schwirren. Hypertrophie und Dilatation der rechten Kammer ohne Verstärkung des zweiten Pulmonaltones, der sogar leiser ist als normal: die verlängerte Systole der rechten Kammer läßt dem Blut Zeit zum Ablauf in die Lunge. Verstärkung des zweiten Pulmonaltones läßt Offenbleiben des Botallischen Ganges, oder (häufiger: in etwa 70% der Fälle) Lücke im Septum membranaceum vertriculorum und Reiten der Aorta auf beiden Ventrikeln vermuten. Kadner (Dresden-Loschwitz).

591. **Das Tarsche Symptom bei Zirkulationsstörungen;** von Werdisheim. (D. med. Woch. 1918. Nr. 8. S. 209.)

Man perkutiert die beiden dorsalen unteren Lungengrenzen in aufrechter Stellung bei ruhiger Atmung und markiert die Grenzlinie. Darauf läßt man tief inspizieren und markiert wiederum die Grenze. Darauf legt sich Patient in Bauchlage. Die Lungengrenze geht dann *ohne tiefe Inspiration* beiderseits auf Linie zwei (passive Verschieblichkeit), tiefe Inspiration bringt sie normalerweise auf eine noch 2 Querfinger breit tiefer liegende Linie. Verminderte Elastizität der Lunge setzt die *passive* Verschieblichkeit der Lunge herab. In diesem Sinne wirken Emphysem (schon im Anfangsstadium), Herzfehler. Das Symptom ist von Tar (D. med. Woch. 1917. Nr. 51) als frühdiagnostisches Mittel bei spezifischen Lungenerkrankungen gedacht, ist aber nach W. auch bei den mit Lungenerscheinungen einhergehenden Zirkulationsstörungen praktisch von größter Bedeutung. Kadner (Dresden-Loschwitz).

592. **Die dynamische Pulsuntersuchung bei beginnender Arteriosklerose;** von P. Schrumpf. (Münchn. med. Woch. 1918. Nr. 13. S. 348.)

Das Ergebnis der Arbeit ist am Schlusse folgendermaßen ausgesprochen: Die gut kompensierte endokarditische Aorteninsuffizienz und die beginnende Sklerose der Aorta und der großen Gefäße (Präsklerose) sowie die luetische Aortitis üben einen und denselben Effekt auf die Pulsdynamik, was sich durch die energometrische Untersuchung nachweisen läßt, aus. Die in beiden Fällen zustande kommende „pulsatorische Plethora" wird bei Aorteninsuffizienz lediglich durch das Herz, bei Prisklerose dagegen durch die Veränderung der Arterienwand hervorgerufen. Die Pulsdynamik bei Präsklerose gestattet uns diese Fälle einwandfrei gegen rein nervöse Störungen der Zirkulation abzugrenzen. Die Arbeit, die durch Kurven erläutert wird, sei zum eingehenden Studium empfohlen (Kriegskürzung des Berichtes). Kadner (Dresden-Loschwitz).

593. **Het syndroom van Stokes-Adams, als gevolg van sinus-bradycardie en de werking van atropine daarby;** door A. K. J. de Haas. (Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1918. 1. Hälfte Nr. 3. S. 147.)

Ein ausführlich mitgeteilter, wissenschaftlich ausgenützter Fall eines 71jährigen Patienten mit Stokes-Adams Syndrom auf Grund von Sinusbradykardie. Obschon letztere anscheinend auf Reizung des Vagus beruht, wird der Puls auf 2,2 mgr Atropin nicht frequenter. Wohl läßt sich eine erhöhte Wirksamkeit der tertiären Zentren unter Einfluß dieser Atropingabe nachweisen. Sechs Kurven sind abgebildet.

Lamers (Herzogenbusch).

594. **Über Wiederbelebung bei Herzkammerflimmern mit besonderer Rücksicht auf Narkose- und Starkstromunfälle;** von Boruttau. (D. med. Woch. 1918. Nr. 31. S. 849.)

B. schlägt vor, beim *Sekundenherztod durch Kammerflimmern*, vorwiegend bei primärem Aufhören des Pulses in der Narkose und beim elektrischen Starkstromunfall, schleunigst eine *intrakardiale Injektion* von *kampferhaltiger kalkfreier Salzlösung* vorzunehmen, unterstützt durch Herzmassage und künstliche Atmung. Man lese den interessanten Aufsatz!

Kadner (Dresden-Loschwitz).

595. **Ist Herzkammerflimmern durch die Brustwand hörbar?** von H. E. Hering. (Münchn. med. Woch. 1918. Nr. 40. S. 1104.)

Experimentelle Untersuchungen sprechen dafür, daß das kontinuierliche leise Rauschen, das gelegentlich post mortem bis zu einer Minute lang gehört worden ist, namentlich nach plötzlichen Todesfällen, nicht durch Herzkammerflimmern bedingt ist.

Mandelsloh (Berlin).

596. **Das Pneumopyoperikardium;** von O. A. Roesler. (Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. 1918. S. 442.)

Infolge sekundärer Vereiterung eines von einer Drüsen ausgehenden Traktionsdivertikels am Ösophagus war es zu einem Durchbruch ins Perikard gekommen. Röntgenologisch ließ die in den Herzbeutel eingedrungene Luft deutlich eine Abhebung des äußeren Perikardialblattes vom Herzen erkennen, wodurch die Bewegungen des Herzens außerordentlich lebhaft wurden, während das äußere Perikardialblatt sich absolut nicht bewegte.

Kautz (Hamburg).

597. **Arteriosklerose in Theorie und Praxis;** von R. Hirsch. (Ther. d. Gegenw. 1918. Nr. 3. S. 86.)

H. lehnt die Bezeichnung der Arteriosklerose als Abnutzungskrankheit ab. Sie sei vielmehr bedingt durch Schädlichkeiten: Infektionen, Intoxikationen, kontinuierlich aufreibende Lebensweise (Amerikanismus). In erster Linie führe Lues, in der Regel in Kombination mit Alkoholismus, Tabakmißbrauch und andern Schädlichkeiten, zu Arteriosklerose. Aortitis luetica ist nicht Arteriosklerose. Nach Huchard wirkt Intoxikation durch übermäßige Fleischnahrung auf Entstehung von Arteriosklerose, und zwar durch Erhöhung des Blutdruckes. Lubarsch stellte durch Fütterungsversuche fest, daß bei längere Zeit mit Kalbsleber gefütterten Kaninchen starke Verkalkungen in Gefäßen und Herz entstehen können, und zwar durch Schädigung der glatten Muskulatur und des elastischen Gewebes der Schlagadern, wobei Einschmelzprozesse der Knochensubstanz auftreten, durch die der Kalkgehalt der Körpersäfte erhöht wird. Diese Kalksalze schlagen sich in den erkrankten Gefäßen nieder. Doch warnt Lubarsch davor, diese Ergebnisse von Versuchen am Tier direkt für die menschliche Schlagaderverkalkung zu verwenden. Blutdruckschwankungen spielen bei der Entstehung der Arteriosklerose des Menschen eine Rolle; sie kann durch langsame Resorption von Toxinen aus dem Magendarmkanal veranlaßt werden, Fleischgenuß spielt dabei oft eine Rolle. Jod ist nützlich, auch wenn keine luetische Ätiologie vorliegt; daneben sei Diuretin das unentbehrlichste Mittel; bei Schrumpfniere nützt bisweilen Digitalis in chronischer Darreichung kleiner Dosen. Kohlensäurebäder sind im Beginn nützlich, werden aber bei hohem Blutdruck nicht vertragen. Bei Angina-pectoris-Attacken kommt neben Hochfrequenzströmen die Bestrahlung mit Röntgentiefstrahlen in Betracht. Von Körperübungen ist nur ruhiges Wandern ohne zu sprechen zu empfehlen. Man mache den Kranken nicht zum Hypochonder.

Kadner (Dresden-Loschwitz).

598. **Beobachtungen über Skorbut;** von V. Babes. (Bull. de l'Akad. de Méd. 1916/17. Nr. 4. S. 155.)

B. bezweifelt nicht, daß es sich bei dem Skorbut um eine durch mangelhafte und abnorme Ernährung erzeugte Stoffwechselerkrankung handelt, sagt aber, es sei nicht auszuschließen, daß sich dazu eine spezifische Schädigung, namentlich des Zahnfleisches, der Blutgefäße und des Blutes gesellt, welche, zum Teil wenigstens, durch eine Fernwirkung von Bakterien, welche gewöhnlich durch das Zahnfleisch eindringen, besonders Speichelbazillen und Streptokokken, ausgelöst wird.

Kadner (Dresden-Loschwitz).

599. **Wadenabszesse bei Skorbut;** von Speyer. (D. med. Woch. 1918. Nr. 23. S. 626.)

Sp. sah 4 Fälle, die, *mit Schmerzen und Anschwellung beginnend, sich zu Skorbut entwickelten.* Die Wadengeschwulst abszedierte.

Kadner (Dresden-Loschwitz).

600. **Röntgenologischer Beitrag zur Lehre vom Ulcus ventriculi et duodeni;** von G. Schwarz. (D. med. Woch. 1918. Nr. 22. S. 597.)

Aus dem Wechselverhältnis zwischen Taillendruck und der jeweils vorhandenen Magenform läßt sich der Sitz des Ulkus ableiten: Die Quer- und Schrägmagen sind die Träger des Pyloroduodenalgeschwürs (Leber-Gallenblasen-Pankreasenge), die elongierten Hakenmagen die des Pars media-Geschwüres (Taillen-Pankreasenge). Gelegentliche Kombinationen von Pars media-Geschwüren mit Pylorus- resp. Duodenalgeschwür, die bei elongierten Hakenmagen ohne oder mit nur geringer Pyloro-Duodenoptose beobachtet werden, erklären sich aus der hierdurch bedingten Hineinbeziehung des Duodenum- und Pylorusteils in die Wirkungssphäre des Taillendrucks. Die praktische Bedeutung dieser im Gegensatz zur rein „neurotisch-spasmogenen" mehr „dysiatischen" Lehre der Ulkusgenese liegt in der Möglichkeit vorbeugender Maßnahmen, die im Fernhalten aller chemischen und mechanischen Schädlichkeiten zu bestehen hätten.

Kautz (Hamburg).

601. **Über den Engpaß des Magens (Isthmus ventriculi).** *Ein Beitrag zum funktionell-anatomischen Aufbau des Magens;* von L. Aschoff. Mit 32 Abb. im Text. Verlag von Gustav Fischer. Jena 1918. (Brosch. 4 Mk. 50 Pf.)

A. beschreibt Verengerungen des Magenrohres, flächenhaft ausgedehnte Kontraktionen, die mit gesetzmäßig wiederkehrenden Funktionszuständen des Magens zusammenhängen. Sie umfassen den unteren Abschnitt des Korpus und das Grenzgebiet zwischen Korpus und Vestibulum. Durch die Kontraktion scheidet sich der Magen in eine obere, dem Fornix und oberen Korpus, und einen unteren, dem Vestibulum oder seinem Restteil und Canalis pyloricus entsprechenden Teil, die beide durch einen Engpaß von wenigen bis vielen Zentimetern getrennt sind: Isthmus ventriculi. — Die Abhandlung ist von vorzüglichen Abbildungen begleitet.

Kadner (Dresden-Loschwitz).

602. **Der dicke Bauch als Krankheit vor, in und nach dem Kriege;** von Sperling. (Ther. d. Gegenw. 1918. Nr. 10. S. 340.)

Sp. sagt sehr richtig: Vom wirtschaftlichen Standpunkt aus bedeutet der *dicke Bauch* eine *schlechte Bilanz des Körperhaushaltes,* ein Überwiegen der Einnahmen über die Ausgabe, eine übermäßige verschwenderische Zufuhr von Nahrungsmitteln und Nährstoffen, eine überflüssige Geldausgabe und einen zwecklosen

Mehrverbrauch des Einzelnen zu ungunsten der Allgemeinheit. Für seinen Besitzer ist er eine Gefahr, namentlich für das Herz, dessen Arbeit er erhöht. Von dem Bauchfett unterscheidet Sp. zwei Arten, eine therapeutisch leicht wegzubringende Art, und eine andere schwerer beeinflußbare, das Kernfett, das nur einer zweckmäßigen palpatorischen Bauchmassage weicht. Der Bauch ist ein Vorratsraum für das Blut und Regulator für die Blutbewegung, aus dem die blutbedürftigen Muskeln auf Befehl der Zentralstelle für die Blutversorgung (Vasomotoren-Zentrum) das Mehr entnehmen, welches für sie angefordert wird. Der *Bauch* sei also *ein Regulator der Blutbewegung, der von unphysiologischem Inhalt freizuhalten ist.*

Kadner (Dresden-Loschwitz).

603. **Die Steinerkrankung des Choledochus.** *Ihre Diagnose und Behandlung;* von Wilms. (III. Mitteilung.) (Med. Klin. 1918. Nr. 25. S. 605.)

Bei der Steinerkrankung des Choledochus, sowohl bei der Infektion mit völligem Verschluß und unvollständiger Abflußstörung als auch bei nicht entzündlichen, völligen oder nicht vollständigen Abflußhindernissen hat die chirurgische Therapie einzusetzen, wenn die konservative, die nur kurze Zeit dauern darf, erfolglos gewesen. Thormählen (Hamburg).

604. **Die Behandlung der Gallensteinkrankheiten;** von Kirschner. (D. med. Woch. 1918. Nr. 24. S. 650. Nr. 25. S. 683.)

K. legt in überzeugender Weise dar, daß die so gefürchteten Gefahren der Operation bei Gallensteinkrankheiten meist darauf beruhen, daß die Operation erst in einem späteren Stadium des Leidens vorgenommen wird, und daß *eine möglichst im Beginn vorgenommene operative Behandlung großen Erfolg bei geringer Gefahr* verspricht. Man lese die Arbeit.

Kadner (Dresden-Loschwitz).

605. **Zur Symptomatologie der Mumpspankreatitis;** von K. Zimmerli. (Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte. 1918. Nr. 37. S. 1245.)

Die Beteiligung der Bauchspeicheldrüse bei Mumps erscheint nach vorliegenden Fällen zweifellos. In einem Falle konnte sogar tumorartige Schwellung des Pankreas beobachtet werden. Die Symptome sind neben dem Palpationsbefund besonders epigastrische Schmerzen. Der Stuhl zeigte häufig neben breiiger Konsistenz gestörte Fett- und Kohlhydratverdauung. Relative Bradykardie ist kein konstanter Befund. Genaue Blutkontrolle ergab in den ersten Tagen eine im Vergleich zur Temperatur niedrige Gesamtleukozytenzahl, die bis auf ein Minus von 4000 herabsinkt, ferner Zunahme der großen Monokukleären und Übergangsformen bei gleichzeitiger Abnahme der Lymphozyten.

von Noorden (Bad Homburg).

606. **Seltener Verlauf einer Pankreaserkrankung;** von O. Orth. (D. med. Woch. 1918. Nr. 31. S. 857.)

Patientin hatte durch starken Stoß eines stumpfen Gegenstandes gegen linke obere Bauchgegend einen Ohnmachtsanfall mit Erbrechen erlitten. Es blieben 2 Jahre lang Schmerzen zurück. Dann erkrankte sie plötzlich unter Ileuserscheinungen. Die Operation zeigte Netz und Därme mit Fettgewebsnekrosen belegt. Das bläulich-schwärzliche Pankreas bietet das Bild der Stauung. Erholung. Ende der fünften Woche plötzlicher Verfall. Tod. *Im Pankreas zentrale Abszeßhöhle, eitrige Pankreatitis gangraenosa.* Die pathologisch-anatomischen Untersuchungen im Verein mit der klinischen lassen annehmen, daß der Prozeß sich in der Drüse selbst entwickelte; das Trauma schuf den Locus minoris resistentiae. Daß der Stoß das Pankreas getroffen hatte, ergab sich aus seiner durch Gastroptose exponierten Lage. Kadner (Dresden-Loschwitz).

607. **Ein Fall von Ileus vermiosus;** von A. v. Beust. (Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte 1918. S. 1166.)

Krankheitsgeschichte eines sechsjährigen Jungen, bei dem durch 61 Askariden bis zu 20 cm langer Ileus entstand. B. teilt andere Krankheitsgeschichten mit und bespricht alles Einschlägige. Cordes (Berlin).

608. **Über die Behandlung der tuberkulösen Peritonitis mit der „künstlichen" Höhensonne;** von A. Laqueur und V. Lasser-Ritscher. (Med. Klin. 1918. Nr. 12. S. 291.)

Von 21 mit künstlicher Höhensonne behandelten Fällen von tuberkulöser Peritonitis wurde bei 15 erhebliche Besserung bzw. völlige Heilung erzielt; nur 6 Patienten blieben unbeeinflußt, unter diesen lag dreimal eine Bauchfellerkrankung ohne Erguß vor. L. u. L.-R. glauben dadurch eine Stütze für die Annahme zu sehen, daß der wesentlichste Faktor in der Heilwirkung des ultravioletten Lichtes in der Anregung der Resorptionsfähigkeit des Bauchfells bestehe, und zwar äußere sich diese therapeutische Wirkung fermentartig in Aktivierung der Zelltätigkeit, in diesem Fall der resorptiven Tätigkeit der Endothelien des Peritoneums. Ein direktes tieferes Eindringen der ultravioletten Strahlen ist auch hier ausgeschlossen, die Aktivierung muß vielmehr als indirekt durch Übertragung der Lichtenergie auf dem Wege der Blutbahn angenommen werden. Kautz (Hamburg).

609. **Zur Diagnose der chronischen Peritonitis;** von Fr. Herzog. (D. med. Woch. 1918. Nr. 25. S. 689.)

H. hält das *peritonitische Reibegeräusch* für ein häufiges Symptom der Peritonitis, welches gerade in den Fällen oft auftritt, bei denen besondere Symptome wenig ausgesprochen sind, oder fehlen. Er entsteht nicht nur bei Atembewegungen, sondern auch bei Druck von außen und auch bei Darmbewegungen. Druck von außen (Sthethoskop) kann nur bei chronischen Fällen in Betracht kommen, ebenso wie tiefe Palpation. Schilderung einiger Beobachtungen illustrieren das Gesagte.

Kadner (Dresden-Loschwitz).

610. **Die isolierte divertikuläre Zökumstase und ihre Bedeutung für die Appendizitisdiagnose;** von E. Schlesinger. (D. med. Woch. 1918. Nr. 19. S. 515.)

Neben der mehrtägigen Coecum-Ascendens-Obstipation, der Stase und der Ileostase und neben mannigfachen Kombinationen in den Stauungsvorgängen kommt noch eine isolierte Zökumstase vor, die eine anatomische Erkrankung anzeigt und bei längerer Retentionsdauer niemals durch funktionelle Störungen allein zustande kommt. Röntgenologisch zeigt sich in der unterhalb der Ileummündung gelegenen blinden Aussackung des Zökums ein Verweilen des Kontrastbreis, der längere Zeit wie in einem seitlichen Darmwanddivertikel stagnieren kann, während der sonstige Darminhalt an ihm vorbeifließt. Diese „isolierte divertikuläre Zökumstase" ist als Folge peritonitischer Verwachsungen der umschließenden Darmwand aufzufassen, wie sie nach Appendizitiden oder Adnexerkrankungen aufzutreten pflegen. Die Beschwerden äußern sich in bisweilen sehr heftigen, oft kontinuierlichen Schmerzen. Die Behandlung, stets

chirurgisch, muß die Lösung der Adhäsionen und Beseitigung des divertikulären Rezessus und Verhütung seiner Wiederbildung zu erzielen versuchen.
Kautz (Hamburg).

611. **Volvulus des Zökokolons und des gesamten Dünndarmes**; von H. Köhler. (D. med. Woch. 1918. Nr. 19. S. 519.)

23jähriges Mädchen erkrankte plötzlich bei Heben einer Last schwer mit heftigen Schmerzen im Leib. Bei Eröffnung des Leibes zeigte sich, daß der gesamte Dünndarm stark gebläht war, während der sichtbare Teil des Colon ascendens und des Colon transversum collabiert waren. Das Zökum lag nicht an seinem Platze: Volvulus des Zökums und des gesamten Dünndarmes mit Rechtsdrehung um 360°. Rückdrehung gelang leicht. Verwachsungen oder Narben fehlten. Exitus.
Kadner (Dresden-Loschwitz).

612. **Über Darmblutungen nach epidemischer Grippe**; von Kurt Eckmann. (D. med. Woch. 1918. Nr. 40. S. 1106.)

E. beobachtete eine ungewöhnliche Häufung von Darmblutungen bei einem verhältnismäßig kleinen Material von Grippekranken. In allen drei Fällen fand sich als Ursache für die Blutung eine leichte Proktitis, die überraschend schnell wieder ausheilte. E. bezieht das Auftreten der Blutungen auf eine durch die Infektion bewirkte Kapillarschädigung. Daß eine vermehrte Kapillardurchlässigkeit vorhanden war, schließt E. daraus, daß bei noch zwei weiteren Grippekranken eine vorübergehende Hämaturie bestand.
Kadner (Dresden-Loschwitz).

613. **Zur Verhütung von Durchfällen**; von O. Kestner. (Münchn. med. Woch. 1918. Nr. 24. S. 655.)

Salzsäure verlangsamt den Transport durch den Dünndarm, Mangel an Salzsäure beschleunigt ihn. Ein Salzsäuremangel kann bei Truppen im Sommer dadurch auftreten, daß infolge starker Schweißsekretion dem Körper viel Kochsalz entzogen wird. Andrerseits setzt Chinin, das häufig prophylaktisch genommen wird, die Salzsäuresekretion im Magen herab. Prophylaktisch gegen Durchfälle wird demnach empfohlen Zufuhr von Säure (Zitronensäure, Essigsäure, Milchsäure) und genügender Menge Kochsalz. Geppert (Hamburg).

---

614. **Antagonismus von Chlorose und Osteomalazie als Hypogenitalismus und Hypergenitalismus**; von Naegeli. (Münchn. med. Woch. 1918. Nr. 23.)

Es wird bezüglich der Symptomatik und Funktionsänderung einzelner Organe und Organsysteme der Antagonismus obengenannter Erkrankung recht einleuchtend demonstriert. Die Ursache der nicht völligen Reinheit der „Spiegelbilder" liegt vor allem an dem Auftreten beider Krankheiten in verschiedenen Altersstufen.
Geppert (Hamburg).

615. **Zur klinischen Symptomatologie der Alkaptonurie**; von Ebstein. (Münchn. med. Woch. 1918. Nr. 14.)

Zwei Fälle aus einer Familie. Das Wesen der Alkaptonurie ist eine Insuffizienz des intermediären Stoffwechsels in Verwertung ganz bestimmter Abbauprodukte des Eiweißzerfalls, nämlich des Tyrosin und Phenylalanin. Als pathologisches Stoffwechselprodukt wird die Homogentisinsäure gebildet, die im Harn ausgeschieden wird und eine Braunfärbung bei Ammoniakzusatz, eine Blaufärbung mit Eisenchloridlösung hervorruft. Während einzelne Fälle keine weiteren Symptome aufweisen, zeigen andere Dysurie, Pigmentablagerungen in Knorpelgeweben (Ochronose). Die Ochronose tritt meist erst nach Jahren bestehender Alkaptonurie auf, sodaß viele Alkaptonuriker sie „garnicht erleben". Bei sehr starken Pigmentablagerungen in den Gelenken kann es zur Osteoarthritis deformans ochronotica oder alkaptonurica kommen. Nicht selten findet man auch ochronotische Verfärbungen der Ohr- und Nasenknorpel sowie der Skleren. Geppert (Hamburg).

616. **Zur Prophylaxe des endemischen Kropfes**; von Klinger. (Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte 1918. Nr. 17.)

K. wendet sich teilweise gegen Hunziker, dessen vorgeschlagenen Jodgaben gegen Kropf viel zu gering seien. Er hält auch die geringen Spuren von Jod im Kochsalz in Waadtland nicht für richtig zur Erklärung der relativen Kropfarmut daselbst. Auch Hunzikers Hypothese von der zeitweisen Ausschwemmung von Jod aus dem Boden ist „unzutreffend". Auch sind zweifellos neben Jodmangel noch andere Momente maßgebend. So lange die Trinkwasserverhältnisse nicht überall gebessert sind, schlägt K. in den stärker befallenen Gebieten Versuche mit Jodgaben vor, um die Bildung von Schilddrüsensekreten zu erleichtern und die großen Kröpfe hintanzuhalten. Hierzu ist die Aufstellung eines einheitlichen Planes für die Schweiz zur Joddarreichung von einer zentralen Stelle aus erforderlich.
Kellner (Hubertusburg).

617. **Respiratorischer Stoffwechsel und Blutzuckerregulation**; von S. Bernstein und W. Falta. (D. Arch. f. klin. Med. Bd. 125. H. 4/6. S. 233.)

Der respiratorische Quotient (R. Q.) steigt bei peroraler Zufuhr von Kohlehydraten nur dann, wenn die Glykogenspeicher gefüllt sind. Bei intravenöser Zufuhr von Zucker ist der Anstieg des R. Q. unabhängig von der Füllung der Glykogenspeicher, das gleiche gilt nach der Injektion von Adrenalin. Nach Injektion von Pituitrinum glandulare sinkt die Gesamtwärmebildung ab, der R. Q. steigt an, auch bei geringer Füllung der Glykogenspeicher. Der normale Organismus hat die Fähigkeit, auch bei beträchtlicher Überflutung des Blutes mit Zucker diesen an die Gewebsflüssigkeit bzw. die zuckergierigen Zellen abzugeben. Bei Überflutung des das rechte Herz passierenden Blutes mit Zucker wird der Überfluß in viel höherem Maße verbrannt als gespeichert als Glykogen. Zur richtigen Würdigung des Mechanismus der Blutzuckerregulierung gehört also unbedingt die Bestimmung des R. Q. Die Glykogenspeicherung einerseits und die Glykolyse resp. Zuckerverbrennung andrerseits hängt ab: 1. vom Angebot, 2. vom momentanen Zuckerbedarf und 3. vom Stand der Glykogenreserven. Geppert (Hamburg).

618. **Über intermediäre Vorgänge beim Diabetes insipidus und ihre Bedeutung für die Kenntnis vom Wesen dieses Leidens**; von W. H. Veiel. (Biochem. Zeitschr. Bd. 91. S. 317. 1918.)

Diabetes insipidus ist eine einheitliche Krankheit, soweit er den bekannten Symptomenkomplex umfaßt. Die Konzentrationsverminderung im Urin ist als konstantes, aber in seiner Ausgeprägtheit schwankendes Symptom zu bezeichnen. Selbst individuell wechseln solche Perioden ab.

Nach Art der Stoffwechselstörungen handelt es sich aber um zwei fundamental verschiedene Erkrankungen, die vorläufig nach ihren äußerlich hervorstechendsten Merkmalen die Bezeichnung des hyperosmotischen (hyper-

chlorämischen) und hyposmotischen (hypochlorämischen) Diabetes insipidus erhalten. Im Falle des hyperchlorämischen ist die Fähigkeit des Organismus, sein Wasser festzuhalten, verloren gegangen: infolgedessen „verdurstet“ er bei ungenügender, d. h. nicht abundanter Wasserzufuhr. Nicht die Urämie, sondern die Verdurstung ist die Gefahr dieser Kranken. Beim hypochlorämischen Diabetes insipidus liegen andere Verhältnisse vor, die vielleicht dadurch bestimmt sind, daß der ganze Organismus auf eine andere, niedrigere osmotische Stufe eingestellt ist. Die Untersuchung der intermediären Bewegungen im Salz- und Wasseraustausch weisen darauf hin, daß hier nicht primär renale, sondern primäre Gewebsanomalien vorliegen. Die Differentialdiagnose der beiden Gruppen des Diabetes insipidus kann nicht aus der Beobachtung des Bilanzstoffwechsels gestellt werden. Die intermediären Verhältnisse und Verschiebungen geben den Ausschlag.

Die Art der offenbar bestehenden Beziehungen zwischen Diabetes insipidus einerseits, Nervensystem und innerer Sekretion andrerseits ist vorläufig unbekannt.

Die Hypophysen-Hinterlappenextrakte sind keineswegs spezifische, d. h. einem hypophysären Ausfall entgegenwirkende, sondern allgemein wirksame Mittel. Sie werden besonders dann eklatant, wenn die Gewebe wasserverarmt sind, weil sie die Gewebe bis zu einem gewissen Grade zwingen können, Wasser festzuhalten. Im Falle des hyperchlorämischen Diabetes insipidus ist die Fähigkeit des Organismus, seinen Wasserstand zu bewahren, verloren gegangen; infolgedessen wirken sie auch nur bei dieser Form des Diabetes insipidus. Bachem (Bonn).

619. **Kriegskost und Diabetiker;** von P. F. Richter. (Ther. d. Gegenw. 1918. Nr. 4.)

Die aufgezwungene Nahrungsbeschränkung hat auf schwere Diabetiker durchaus keinen günstigen Einfluß gehabt. Die allgemeine Erfahrung spricht für die Anschauung von Noordens, der gegenüber von Weintrand, F. M. Allen u. a. in der Unterernährung keinen wesentlichen Behandlungsfaktor schwerer Diabetiker erblickt. Die Aufrechterhaltung des Eiweißbestandes ist naturgemäß von größter Bedeutung.

Geppert (Hamburg).

620. **Kriegslehren für die Ernährung der Diabetiker;** von G. Klemperer. (Ther. d. Gegenw. 1918. H. 3. S. 81.)

Den Diabetikern bietet die Kriegsernährung gerade das Gegenteil von der ihnen im Frieden vorgeschriebenen. K. untersucht, wie die Kranken sich mit diesen anscheinend unzweckmäßigen Ernährungsbedingungen abfinden: Leichte Fälle kamen mehrfach zur Heilung. Dies ist wahrscheinlich hauptsächlich eine Folge der *quantitativen* Veränderung der Kost. (Albu: Wir wissen, daß die Beschränkung der bei Diabetikern oft so abundanten Nahrungsmittelzufuhr das sicherste Mittel zur Bekämpfung der Krankheit ist.) Doch kommen auch qualitative Gesichtspunkte in Betracht. K. nimmt an, daß die durch den Reichtum des Kriegsbrotes an Kleie und Sauerteig bedingte starke Gärung und abnorme Zersetzung der Brotstücke im Darmkanal zur Folge hat, daß die Zersetzungsprodukte in einer Form zur Resorption gelangen, die für den diabetischen Organismus leichter fixierbar, bzw. leichter zersetzlich ist, als Traubenzucker selbst, ähnlich wie bei den Haferkuren. Unterstützend wirkt die durch die Kriegsernährung bedingte größere Alkaleszenz der Körpersäfte, die auf dem Mangel an Eiweiß und dem Vorherrschen der Vegetabilien beruht. Auf Beförderung des Zuckerumsatzes wirkt auch die vermehrte Flüssigkeitseinfuhr. Auch für mittelschwere Fälle erwies sich das Kriegsbrot nützlich (Analogie mit den Haferkuren), da die Zuckerausscheidungen nach mittleren Brotgaben allmählich sinken. — Die immer in Gefahr des azidotischen Komas schwebenden schweren Fälle sind durch die Kriegskost besser gestellt als die mittlere Kategorie; für sie ist das Kriegsbrot mit seiner zuckerzersetzenden Gärungserregung besonders bekömmlich; wenn diesen Kranken nur einigermaßen reichliche Fettmengen gewährt werden können, so wirkt die Kriegskost für sie direkt antiazidatisch. Diese am meisten gefährdete Krankenklasse hat der Krieg somit nicht geschädigt, teilweise sogar gefördert.

Kadner (Dresden-Loschwitz).

621. **Drei wahrscheinlich als „Spirochaetiasis arthritica“ (Reiter) anzusprechende Krankheitsfälle;** von A. Sommer. (D. med. Woch. 1918. Nr. 15. S. 403.)

S. sah drei Fälle dieser Krankheit. Der Verlauf war in allen 3 Fällen der gleiche: zuerst Harnröhrenentzündung mit Trübung beider Urine (Urethritis und Zystitis) ohne geschlechtliche Infektion; danach akute Konjunktivitis, endlich schmerzhafte Gelenkaffektionen, die auch polyartikulär sein können: Temperaturen zwischen 37°—37,5° morgens und 39°—40° abends. Häufige Schweißausbrüche, starke Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens. Gonokokken wurden nie gefunden, Arthigon war unwirksam.

Kadner (Dresden-Loschwitz).

V. Kinderheilkunde.

622. **Jahreskurse für ärztliche Fortbildung.** Juniheft 1918. *Kinderkrankheiten.* Verlag von J. F. Lehmann, München. 34 S. (1 Mk. 20 Pf.)

Zunächst bespricht Langstein die für den Praktiker wichtigen Fragen der Erbsyphilis, welche bei der mit dem Krieg verknüpften Zunahme der Krankheit erhöhte Bedeutung gewonnen. Weiterhin gibt der gleiche Autor einen gedrängten Überblick über den Säuglings- und Kleinkinderschutz. Es wird dem praktischen Arzte, der diesen Fürsorgebestrebungen unter den heutigen Verhältnissen nicht mehr gleichgültig gegenüberstehen kann, besonders willkommen sein. Den Schluß des Heftes bildet eine Zusammenstellung der wichtigsten auf dem Gebiete der Kinderkrankheiten im letzten Jahre erschienen Arbeiten von Rhosheimer. Das Heft reiht sich den früheren würdig an. Brückner (Dresden).

623. **Die Entwicklung der Säuglinge während des Krieges;** von Leo Pollack. (Wien. med. Woch. 1918. Nr. 23.

P. macht interessante Mitteilungen aus der deutschen Universitätskinderklinik in der Findelanstalt Prag. Daselbst überwogen 1913/14 unter den zur Aufnahme gelangten Säuglingen die Mädchen. (Auf 100 Mädchen 93 Knaben.) In den Jahren 1915/16 beginnen wieder die Knaben zu überwiegen (auf 100 Mädchen 105 Knaben). Das Geburtsgewicht war in den beiden ersten Kriegsjahren niedriger als in den beiden vorhergehenden Jahren. Ebenso gingen die täglichen Zunahmen zurück. Dabei blieben die Kinder während der Kriegsjahre länger in der Findelanstalt als früher, durchschnittlich bis zum Ende des 2. Lebensmonats. Die Zahl der Frühgeburten hielt sich während der ganzen Beobachtungszeit etwa

auf der gleichen Höhe. Die Gelegenheit, Kinder, welche in der Anstalt wegen mangelhafter Stillfähigkeit der Mütter schlecht gediehen, stillenden Pflegemüttern zu überweisen, werde immer geringer. (1913: 32,1 %, 1914: 34,1 %, 1915: 20,1 %, 1916: 6,7 %.) Die Zahl der Mütter, deren Kinder wegen mangelhafter Milchproduktion fremden Ammen übergeben werden mußten, wuchs beträchtlich. (1913: 2,8 %, 1914: 7,6 %, 1915: 10,5 %, 1916: 17,9 %.) Als Ursache ergab sich auf Grund unvoreingenommener Beobachtung die durch den Krieg bedingte schlechtere Ernährung der Mütter. Zu dieser Verschlechterung der Stillverhältnisse gesellte sich noch unregelmäßige und oft ungenügende Versorgung mit Kuhmilch, Mangel an Buttermilch und anderen diätetischen Präparaten. Die Folge war ein Anstieg der Säuglingssterblichkeit von 4—5 % (Durchschnitt der letzten 25 Jahre) auf 15,74 % im Jahre 1917. Im Jahre 1917 haben sich die Verhältnisse noch wesentlich verschlechtert. Brückner (Dresden.)

624. **Das Problem der diätetischen Behandlung des Ekzems und des Strophulus infantum;** von Leo Langstein. (Mit kritischen Bemerkungen zur exsudativen Diathese.) (Therap. Monatsh. 1918. Nr. 9.)

Die Czernysche Schule ist in der Einschätzung der diätetischen Beeinflussung der exsudativen Diathese über das Ziel hinausgeschossen. Eine Reihe von Ekzemen schwindet schon bei rationeller Hautpflege und Verhinderung des Juckens, ein anderer Teil heilt oft ohne Behandlung kritisch ab. Ändert man gleichzeitig die Diät, so kann man zu Trugschlüssen gelangen. L. hat sich in einer großen Reihe von Fällen auf die direkte Behandlung der Haut beschränkt, Milch aber reichlich verabreicht. Nur bei offensichtlich und nachweisbar überfütterten Säuglingen konnte er durch eine Einschränkung der Nahrung auf die Dauer von 2—3 Wochen die Abheilung des Exzems begünstigen. Die Kostverringerung wirkt hier im Sinne einer Kontrastnahrung. Bei normalgewichtigen oder atrophischen Säuglingen zeigt sich kein Einfluß der von Czerny bevorzugten Diät auf die Abheilung des Ekzems. Man soll sich daher bei diätetischen Verordnungen der Ekzemkinder nur vom Zustande der Kinder und der vorhergegangenen Ernährung leiten lassen, im übrigen eine sorgfältige dermatologische Behandlung der Haut üben. (Nach Erfahrung des Ref., welcher dem Verf. durchaus beistimmt, beherrschen recht viele Kinderärzte die Technik der Ekzembehandlung nicht im entferntesten.) — Noch weniger befriedigen, wie L. weiter ausführt, die Erfolge der diätetischen Behandlung nach Czerny bei den Ekzemen älterer Kinder und beim typischen skrophulösen Ekzem. Damit soll nicht behauptet werden, daß keine Beziehungen zwischen Ekzem und Ernährung bestehen. Nur ist das Problem noch nicht gelöst. Brückner (Dresden).

625. **Zur Frage des vorzeitigen Rückganges und Versiegens der Laktation;** von Martin Thiemich. (Monatschr. f. Kindesheilk. Bd. 14. S. 315. 1918.)

Th. sucht die Frage nach dem vorzeitigen *spontanen* Versiegen der Laktation zu beantworten und zeigt nach einer umfangreichen kritisch besprochenen Literaturübersicht an einer Reihe von Einzelbeobachtungen, welcher Sorgfalt es bedarf, um zu wissenschaftlichen Schlußfolgerungen zu gelangen. Die Schwierigkeit, den Anteil des Kindes an der mangelhaften Laktation festzustellen, ist groß und läßt im Einzelfalle nicht immer ein sicheres Urteil zu. Weiterhin läßt sich der Verf. über die anatomische Insuffizienz der Brustdrüse und eine Reihe von Umständen, von welchen ein Einfluß auf die Laktation behauptet wird, kritisch aus. Nur für einen Teil der stillschwachen Frauen erscheint die Erklärung durch die anatomische Beschaffenheit der Brust ausreichend. Für einen andern Teil kommen wohl noch pathologisch-physiologische Vorgänge in Betracht, welche das Suchen nach sekretionssteigernden Mitteln berechtigt erscheinen lassen. Brückner (Dresden).

626. **Über das Verhalten der Frauenmilchlipase;** von A. Resch. (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 35. S. 377. 1918.)

Die Lipase erreicht den Maximalwert im Verlauf der ersten Woche der Laktation. Die Kolostrumkörperchen können als Bildungsstätte für sie nicht in Betracht kommen. Diese sind identisch den neutrophilen Leukozyten. Eine Ausschaltung der Milchsäfte durch das lipolytische Ferment der Frauenmilch findet höchstwahrscheinlich im Säuglingsmagen noch statt. Cordes (Berlin).

627. **Ergebnisse der Kinderernährung nach einem neuen System;** von O. v. Pirquet. (Wien. med. Woch. 1918. Nr. 5.)

Als Maß für den Nährwert gilt derjenige eines Gramms Frauenmilch (Nem), als Maß für den Nahrungsbedarf die resorbierende Darmfläche, welche dem Quadrat der Sitzhöhe entspricht. (Siqua.). Das Maximum der täglichen Nahrungsmenge beträgt 1 Nem nach jeden Quadratzentimeter der Darmfläche, das Minimum (bei völliger Bettruhe) $^3/_{10}$ Nem. Das Optimum wird ermittelt durch Zuschläge zum Minimum. Sie betragen für das Längenwachstum während des Kindesalters $^1/_{10}$ Nem, für geringe Muskeltätigkeit bei sitzender Lebensweise und für stehende Tagesbeschäftigung ebensoviel, für Fettansatz bei Rekonvaleszenten und für Kraftanstrengung bei körperlicher Arbeit 1—$^4/_{10}$ Nem.

v. P. erläutert an Beispielen die praktische Handhabung des neuen Ernährungssystems, das sich nicht nur in der Wiener Kinderklinik, sondern auch in einem Militärspitale bewährt und zu einer erheblichen Herabsetzung der Verpflegskosten geführt hat. Brückner (Dresden).

628. **Zur Leberzirrhose im Säuglingsalter;** von Cornelia de Lange. (Monatsschr. f. Kinderheilk. Bd. 14. S. 351. 1918.)

de L. teilt 2 Beobachtungen von nicht luetischer Leberzirrhose bei Säuglingen mit, von denen der eine gleichzeitig einen situs inversus viscerum darbot, und im Anschluß daran eine Beobachtung von luetischer Zirrhose mit Staphylokokkensepsis. Brückner (Dresden).

629. **Zur Epidemiologie und Klinik der Säuglingstuberkulose;** von C. Schloß. (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 35. H. 2. S. 79.)

Im Anschluß an die schwere verheimlichte Tuberkulose einer Pflegerin trat bei einer ganzen Anzahl Säuglinge der von Sch. geleiteten Anstalt Tuberkulose auf. Sch. verwendet in Vorliegendem die gemachten Erfahrungen zu einer ausführlichen klinischen und epidemiologischen Darstellung und ergänzt seine Ausführungen durch zahlreiche im Anhang wiedergegebene Krankengeschichten. Cordes (Berlin).

630. **Über Geschwistererkrankungen und Heimkehrfälle bei der Diphterie;** von J. Langer. (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 35. S. 157. 1918.)

L. kommt auf Grund gemachter Erfahrungen zu dem Schlusse, daß die Maßnahmen der Eruierung, Isolierung

und Entkeimung nur dann vollen Wert haben, wenn sie sich auch auf die zu Hause verbliebene Umgebung des Kranken erstrecken. Cordes (Berlin).

631. **Untersuchungen über den Wassergehalt des Blutes bei tuberkulösen Kindern des 1. und 2. Lebensjahres;** von Herta Schulz. (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 35. S. 119. 1918.)

Von 12 tuberkulösen Kindern weisen 7 eine Erhöhung des Wassergehaltes auf. Die Untersuchungen ergaben aber nichts dafür, daß die Tuberkulose an sich eine Wasseranreicherung im Körper hervorruft. Cordes (Berlin).

632. **Zur Diagnose der Appendizitis des Kindes;** von Richard Drachter. (Münchn. med. Woch. 1918. Nr. 38. S. 1043.)

Die Mortalität der Kinder an Appendizitis ist deshalb eine größere als die der Erwachsenen, weil die Diagnose in vielen Fällen mangelhaft gestellt wird, wie die Operationsfälle — sämtlich destruktive Appendizitiden — zeigen. Die Diagnose soll nach dem Leitsatz gestellt werden: Die Appendizitis wird aus der begleitenden Peritonitis diagnostiziert, mit der einzigen Ausnahme, daß der Wurmfortsatz so weit von vorderem oder hinterem Peritoneum parietale entfernt liegt, daß ein perityphlitischer Tumor vor der Entzündung des Peritoneums zustande kommt. Die Diagnose wird gestützt durch Mitteilung über unruhigen Schlaf und Stuhlverhaltung; Durchfälle lassen an Durchwanderungsperitonitis denken. Röte des Gesichts spricht gegen eine Appendizitis, für eine oft nicht diagnostizierbare Pneumonie. Darmgurren in der rechten Unterbauchgegend ist kein Zeichen von Appendizitis. Reflektorische Bauchdeckenspannung gibt Indikation für Operation. Die Untersuchung der hinteren Bauchwand sichert oft die Diagnose bei einem mehr nach hinten liegenden Wurmfortsatz. Jede akute Appendizitis wird sofort operiert. Dreyfus (Straßburg).

633. **Über die Dauererfolge bei der Behandlung des Mastdarmvorfalles im Kindesalter;** von Rost. (Münchn. med. Woch. 1918. Nr. 5. S. 129.)

In der Louisenheilanstalt in Heidelberg kamen 48 Fälle zur Behandlung. Mit Heftpflaster bei leichteren Formen konnten 86% geheilt werden. In schweren Fällen wählte man das Thiersche Ringverfahren und zwar mit 83% Dauererfolge. Die Versteifung des perinealen Gewebes gelang derartig günstig, daß von größeren, den Erwachsenen ähnlichen Operationen füglich abgesehen werden konnte. von Noorden (Bad Homburg).

634. **Mastdarmpolyp als Ursache von Ileus eines Neugeborenen;** von P. Wiche. (Monatsschr. f. Kinderheilk. 1918. Nr. 7. S. 409.)

Bei einem frühgeborenen Knaben, der die Erscheinungen einer atresia ani darbot, fand sich bei der Sektion als Ursache des Darmverschlusses 5 cm oberhalb des anus ein an der hinteren Mastdarmwand ansitzender, das Lumen des Darms verlegender gestielter Schleimhautpolyp. Brückner (Dresden).

635. **Beiträge zur Klinik und Behandlung der Thymushyperplasie bei Kindern;** von W. Birk. (Monatsschr. f. Kinderheilk. 1918. Nr. 7. S. 363.)

Die einfache Thymushyperplasie ist vom status thymicolymphaticus zu scheiden. Sie entsteht im fötalen Leben, ist daher angeboren. Der Tod ist ein typischer Erstickungstod durch Beeinträchtigung der in ihrer fötalen Anlage geschädigten Trachea. Da das konstitutionelle Moment bei der einfachen Thymushyperplasie wegfällt, ist hier auch keine Ernährungstherapie am Platze. Das Leiden kann chirurgisch oder röntgenologisch in Angriff genommen werden. Die Bestrahlung liefert die besten Erfolge, wie sich aus fünf von B. mitgeteilten, z. T. bis ins 5. Lebensjahr fortgesetzten Beobachtungen ergibt. Im Anschluß an diese Mitteilungen bespricht B. die Symptomatologie der Thymushyperplasie. Brückner (Dresden).

636. **Über Harnverhaltung bei Kindern ohne mechanisches Hindernis;** von Franz Rost. (Münchn. med. Woch. 1918. Nr. 1. S. 14.)

R. teilt 3 Beobachtungen von Harnverhaltung bei Knaben im Alter von 7—13 Jahren mit, bei denen ein mechanisches Hindernis nicht vorlag, also eine funktionelle Störung angenommen werden muß. Alle drei wurden geheilt, zwei durch Dehnung des M. sphincter internus, der dritte durch Umspritzung der Prostata und Sphinkterergegend mit Novokainlösung. Im Anschluß an diese Mitteilung bespricht R. die funktionellen Blasenstörungen der Kinder. Brückner (Dresden).

637. **Über das Vorkommen von Ureterensteinen bei Kindern;** von Ch. G. Cumston. (Wien. klin. Rundschau Bd. 32. Nr. 17/18. S. 99. 1918.)

Nierensteine, die sich im Harnleiter einklemmen, sind bei Kindern selten. Wenn die Diagnose gestellt ist, muß die operative Entfernung des Steins vorgenommen werden, um schweren Folgezuständen vorzubeugen. C. gibt die Regeln an, nach denen der Eingriff zu erfolgen hat. Brückner (Dresden).

638. **Das Fleckfieber der Kinder;** von E. Martini. (D. med. Woch. 1918. Nr. 7. S. 156.)

M. beobachtete im Leichenhause Wloclawek zahlreiche fleckfieberkranke Kinder. Der Verlauf der Krankheit zeigte Unterschiede gegen den bei Erwachsenen. Bei jüngeren Kindern begann die Krankheit nie, bei älteren selten mit Schüttelfrost. Das Exanthem erschien bei den Kindern oft nur sehr spärlich, nicht selten nur an den Armen, häufiger als bei Erwachsenen blieb es ganz aus. Das Fieber hielt sich auch kürzere Zeit als bei Erwachsenen. Die Kinder schlafen meist einfach über die Krankheit hinweg, trotz des oft hohen Fiebers. Die Schlafneigung dauert oft tagelang über die Fieberabfallszeit an. So schwere Erkrankungen wie bei Erwachsenen sah M. bei Kindern nie. Komplikationen traten nie auf, ebensowenig ein Todesfall. — Das leichtverlaufende Fleckfieber der Kinder bringt die Gefahr leichter Verbreitung der Krankheit mit sich. Kadner (Dresden-Loschwitz.)

639. **Schutzimpfung bei Varizellen;** von W. Birk. (Monatsschr. f. Kinderheilk. Bd. 14. Nr. 7. S. 412.)

Von 19 in der Kieler Kinderklinik mit Erfolg geimpften Kindern erkrankte keins nachträglich, obwohl Gelegenheit zur Ansteckung gegeben war. Von 25 weiteren Kindern, bei denen die Impfung ohne Erfolg blieb, erkrankten drei. Neun Kinder wurden im Inkubationsstadium geimpft. Bei vier von ihnen erschien der Ausschlag bereits, ehe die Zeit von 10 Tagen bis zum Auftreten der Impfpusteln abgelaufen war. Bei drei anderen gingen überhaupt keine Pusteln auf und bei den übrigen beiden brach der Ausschlag nach dem Auftreten der Impfpusteln aus. Brückner (Dresden).

640. **De Riga'sche ziekte;** von P. J. de Bruine Ploos van Amstel. (Nederl. Maandschr. voor verlosk., en vrouwenz. en kindergeneesk. Bd. 7. H. 6. S. 336. 1918.)

de Br. beobachtete dieses Krankheitsbild in seiner (holländischen) Praxis bisher in 12 Fällen. — Literaturstudium. Er kommt zu folgenden Schlüssen: Die Rigasche Krankheit als Krankheit *sui generis* existiert nicht. Die „produzione sottolinguale" der Italiener ist ebensowenig eine spezielle Krankheit, sondern nur ein Sammelname für alle mögliche am Zungenbändchen vorkommende Geschwülste. Die Entstehung ist weder abhängig von Tuberkulose (Schulz) noch von mechanischen Ursachen, Infektion, Pseudoleukämie und angeborener Hypertrophie; sie ist, wie die Ätiologie sämtlicher Tumorbildungen, bisher unbekannt. Maligne Formen gibt es nicht; die Geschwülstchen verschwinden ohne Behandlung. Lamers (Herzogenbusch).

VI. Nervenheilkunde.

641. **Das Zentralnervensystem bei Gasbrand;** von E. Frenkel und Fr. Wohlwill. (D. med. Woch. 1918. S. 508. Nr. 19.)

Die von Anders (Beitr. z. klin. Chir. Bd. 109. H. 2) gemachten Mitteilungen über pathologisch-anatomische Veränderungen im Gehirn bei Gasbrand konnten F. u. W. weder an experimentell mit Gasbrandbazillen infizierten Meerschweinchen bestätigen, noch fanden sie dieselben in einem zur Sektion gekommenen Falle von menschlichem Gasbrand.
Kadner (Dresden-Loschwitz).

642. **Über sterile eitrige Meningitis infolge endolumbaler Salvarsanbehandlung;** von Willige. (Psych.-neur. Woch. 1918/19. S. 137.)

W. beschreibt zunächst die harmlosen Störungen bei der endolumbalen Salvarsanbehandlung der Lues des Zentralnervensystems nach der Methode Gennerich und teilt dann die Krankengeschichten mit, wo sich durch die toxische Wirkung des Salvarsans eine sterile eitrige Meningitis entwickelt hat. Bei der Meningitis wurde der Lumbalsack ausgiebig mit Ringerscher Kochsalzlösung gespült und beide Kranke konnten beschwerdefrei entlassen werden. Schmidt (Andernach).

643. **Résistance du méningocoque au traitement sérique intrarachidien. Rôle probable des localisations paraméningées. Nécessité, des injections sériques adjuvantes dans la circulation générale;** by M. Bloch et P. Hébert. (Presse méd. 1918. Nr. 37. S. 337.)

Alle Fälle von Zerebrospinalmeningitis, auch die scheinbar leichten, sollen von Anfang an mit großen Serumdosen, gleichzeitig intramuskulär (resp. intravenös oder subkutan) und lumbal behandelt werden. Mindestens 3 Injektionen von höchstens 40 ccm. Vor der Identifikation des Keimes soll vorläufig mit gemischtem Serum A und B, noch besser mit polyvalentem Serum injiziert werden. Die Erkrankung ist häufig von Septizämie begleitet, während nach Ansicht von B. und H. die Kokken nicht selten parameningeal außerhalb der Stirnhäute, gerüstet sind und von diesen Herden aus Aussaat in der Zerebrospinalflüssigkeit auftreten. Auch muß mit einer frühzeitig auftretenden Intoleranz der Stirnhäute gegen Serum gerechnet werden. Drei ausführliche Krankengeschichten mit Temperaturkurven.
Lamers (Herzogenbusch).

644. **Psychogene Bewegungsstörungen im rechten Oberarmschultergelenk im Anschluß an eine ausgeheilte rechtsseitige Serratuslähmung;** von Heinicke. (Psych. neur. Woch. 1918/19. Nr. 1. S. 1.)

Im Anschluß an die Heilung der ursprünglichen peripheren Servatuslähmungen hatte sich eine die Erwerbsfähigkeit sehr beschränkende psychogene Armstörung ausgebildet, die durch eine beim Erheben des Armes eintretende und beim Senken desselben sich wieder ausgleichende Subluxation des Oberarmes im Schultergelenk kompliziert war.
Schmidt (Andernach).

645. **Ein operatives Verfahren bei Radialislähmung;** von Quetsch. (Münch. med. Woch. 1918. Nr. 24. S. 651.)

Q. empfiehlt bei kompleter Radialislähmung nach erfolgloser Nervennaht die Verkürzung der Strecker des Handgelenks und die Raffung der Strecksehnen der Finger und des Daumens. Hierdurch wird ein besseres Zufassen und Festhalten erreicht, da die Hand beim Faustschluß in Streckstellung übergeht. Diese Sehnenverkürzung ist bei späterer Wiederkehr der Motilität nicht von Schaden, bei nicht völliger sogar von Nutzen. Ausführung der Operationsmethode.
Thormählen (Hamburg).

646. **Frühzeichen der postdiphtherischen Lähmung;** von Th. Gött. (Münch. med. Woch. Nr. 25.)

Es handelt sich um häufige Beobachtungen des Fazialisphänomens (Chvostekscher Zeichen) bei beginnender postdiphtherischer Lähmung, ebenso um eine Steigerung des Kniesehnenphänomens. Theoretische Erörterungen über Entstehung des patholog. Ablaufes dieser Reflexe im Zusammenhang mit der Diphtherieintoxikation. Geppert (Hamburg).

647. **Hysterie und Hysteriefähigkeit;** von Stransky. (Psych.-neur. Woch. 1918/19. S. 134.)

St. erblickt in allen Hysterischen das charakteristische Vorherrschen mimikryartiger Decktendenz bei tiefstinnerlich vorwiegend überegoistischer, amoralischer und antisozialer seelischer Strebungstendenz. Deshalb soll die Hysterie zwar noch nicht identisch, sei aber bereits verwandt mit den Zuständen ethischer Anlagedefektnosität. Weiter zeigt St., daß je unentwickelter und ungefestigter der Charakter, namentlich bei Weibern und Jugendlichen, ist, desto größer die Wahrscheinlichkeit ist, daß es episodisch, zumal unter besonderen äußeren Verhältnissen, zu hysteroidem Reagieren kommen kann. Schmidt (Andernach).

648. **Über eine Suggestivbehandlung des Singultus;** von Pönitz. (Psych.-neur Woch. 1918/19. S. 141.)

Da es sich bei dem Singultus allem Anschein nach um eine Reflexbewegung handelt, so sucht P. durch Auslösen eines Erwartungsaffektes diese zu unterdrücken, indem er ein Geldstück zeigt, das er dem Kranken schenken will, wenn er noch einmal schluckst. Der Singultus blieb aus. Nur wenn der Singultus das

Symptom einer schweren körperlichen Erkrankung, z. B. einer Peritonitis ist, glaubt P. keinen Erfolg verbürgen zu können. Schmidt (Andernach).

649. **Über magnetische Sensibilität;** von M. Kahane. (Wien. med. Woch. 1918. S. 1094.)

K. berichtet über Versuche über die subjektive Wahrnehmung eines ruhenden magnetischen Felds, welche meist in der Weise angestellt wurden, daß der Körperteil, dessen magnetischen Sensibilität festgestellt werden sollte, zwischen einen kräftigen Hufeisenmagneten und eine auf einem Stativ montierte, frei bewegliche Magnetnadel gebracht wurde. Jolly (Halle).

650. **Die Kriegsneurosen und das Publikum;** von A. Schüller. (Wien. med. Woch. 1918. S. 1086.)

Kurze Schilderung der Kriegsneurose und der Behandlungsmethoden. Die in Deutschland übliche Behandlung läßt sich in 3 Stadien einteilen: 1. die Ruhekur, 2. die Beseitigung der augenfälligen neurotischen Erscheinungen, 3. Fixierung des gewonnenen Resultats durch Heranziehung zur Arbeit. Empfiehlt den übrigen Militärärzten die Behandlung der Neurosen zu zeigen, um dieselben darüber aufzuklären. Jolly (Halle).

651. **Über psychogene Hörstörungen im Kriege;** von P. Manasse. (Med. Klin. 1918. S. 629.)

Durch suggestive Behandlung gelang es unter 62 Fällen bei allen bis auf 4 zum Ziel zu kommen, von diesen wurden 3 in Hornberg von ihren Störungen befreit, 30 Fälle sind noch in Behandlung.

Nach den Erfahrungen M's sind Schwerhörigkeit oder Taubheit nach starken Schalleindrücken oder Luftdruckschwankungen, besonders nach Granateinschlag oder Verschüttung, sei es, daß das Trommelfell intakt oder perforiert ist, zum größten Teil als psychogen anzusehen. Auch andere Ursachen, Erkältung, Schreck usw. können dieses Krankheitsbild hervorrufen. Besonders betroffen werden von dieser psychogenen Schwerhörigkeit Leute mit alten Ohrerkrankungen. Selbst wenn die Störungen jahrelang bestehen, sind sie durch geeignete suggestive Behandlung heilbar oder stark besserungsfähig. Jolly (Halle).

652. **Kriegsneurosen und Gutachtertätigkeit;** von M. Fränkel. (Med. Klin. 1918. S. 635.)

Unter Anführung einer Reihe von Fällen werden die bei der Begutachtung von Kriegsneurose wichtigen Punkte besprochen, wobei besonders auf häufige Fehler in den Begutachtungen hingewiesen wird. Jolly (Halle).

VII. Psychiatrie.

653. **Zum Kapitel der traumatischen Epilepsie;** von Boettiger. (Med. Klin. 1918. Nr. 18.)

B. teilt einige Fälle von traumatischer Epilepsie mit, in welchen die Operation gute Erfolge ergab. Überraschend war, daß bei den betreffenden Fällen die Schädelwunde nicht die Gegend der motorischen Rindenregion betraf. Der Befund am Gehirn war wechselnd, zum Teil Verwachsungen zwischen Gehirn und Häuten mit lokaler Ansammlung seröser Flüssigkeit oder Zyste. B. ist der Meinung, daß traumatische Epilepsien dem Chirurgen zu übergeben sind. Rumpf (Bonn).

654. **On psychosensory and psychomotor disturbances;** by G. H. Monrad-Krohn. (Nord. med. Ark. Bd. 50. H. 6. S. 671.)

Versuch, die psychomotorischen und psychozensorischen Störungen unter einheitliche Nomenklatur zu bringen und die klinische Untersuchungsmethode zu schematisieren, wonach eine bessere internationale Verständigung auf diesem schwierigen Gebiete zu erreichen ist. von Noorden (Bad Homburg).

655. **Versuche und Beobachtungen zur Simulationsfrage;** von A. H. Hübner. (D. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 60. S. 125.)

H. teilt eine Reihe interessanter Beobachtungen absichtlicher Vortäuschung nervöser und psychischer Krankheitsbilder mit; erwähnt sei, daß es H. gelang, eine weibliche Versuchsperson derartig zu instruieren, daß sie eine hysterische Zwangshaltung der Hand mit Sensibilitätsstörung so gut nachmachte, daß ein Chirurg und eine Neurologe dadurch getäuscht wurden. Jolly (Halle).

656. **Schlußurteile bei 750 im Vereinslazarett Philippshospital bei Goddelau behandelten psychischen und nervösen Erkrankungen;** von K. H. Roese. (Klin. f. psych. u. nerv. Krankh. Bd. 10. H. 3. S. 141. 1918.)

Aus der Besprechung der Fälle sei erwähnt, daß von 91 Kranken mit Dementia praecox 73 mit Renten zur Entlassung kamen, wobei jedoch Vollrente nur bei anstaltsbedürftigen Fällen vorgeschlagen wurde. Besonders wo Anstaltsbedürftigkeit eintritt, müßte man nach R. bei Gewährung der Rente etwas weitherziger sein. Jolly (Halle).

657. **Schreckpsychosen;** von Kleist. (Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 76. S. 432.)

K. konnte in einem nahe der Front gelegenen Kriegslazarett im Westen innerhalb zweier Jahre 104 Schreckpsychosen beobachten, von denen er eine Reihe trefflicher Krankengeschichten mitteilt. Nach seinen Erfahrungen sind die Schreckpsychosen die häufigsten Geistesstörungen des Kriegsschauplatzes und bilden etwas mehr als den 4. Teil der überhaupt gesehenen Psychosen. Die Zustandsbilder waren: a) Dämmerzustände mit ihren verwandten Formen, einfache Dämmerzustände, dämmerige Erregungszustände, ängstliche Delirien, Halluzinose, heitere, läppische und expansive Dämmerzustände (62 Fälle), b) Stuporzustände in 42 Fällen (apathische, ängstliche, heitere Formen). Sehr oft sind die Schreckpsychosen von körperlich-hysterischen Zeichen begleitet und gefolgt. Neuropathische Veranlagung ist zu ihrer Entstehung nicht notwendig, findet sich aber in der Mehrzahl der Fälle. Durchwegs handelt es sich um heilbare und meist kurzdauernde Erkrankungen (die kürzeste Dauer war einige Stunden, die längste 53 Tage; die Hälfte dauerte nur bis zu 10 Tagen. Schmidt (Andernach).

658. **Etwas über Halluzinationen;** von Bertschinger. (Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 74. S. 269.)

Während man allgemein zur Erklärung der Entstehung von Halluzinationen eine rückläufige Erregung der kortikalen Sinnesfelder annimmt, ist B. zu der Ansicht gekommen, daß die Wahnvorstellungen und Halluzinationen der Motivierung und Darstellung stark affektiver Spannungen dienen, die in den Kranken nicht durch bewußtes Erleben entstanden und ihnen deshalb

unverständlich sind. Die Kranken haben aber das dringende Bedürfnis, die sie erfüllenden Gefühle und Vorstellungen kausal zu begründen, sie sich als Folge außerpsychischer Vorgänge zu erklären und auf äußere Veranlassung zu beziehen. Schmidt (Andernach).

659. **Über das Mißtrauen und den sog. Verfolgungswahnsinn der Schwerhörigen;** von Mercklin. (Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 74. S. 410.)

Das Mißtrauen ist keine so weit verbreitete Eigenschaft der Schwerhörigen. Auf seine Entstehung bei Schwerhörigen ist deren ursprüngliche seelische Anlage von weitgehendem Einfluß. Erst in zweiter Linie wirkt das Verhalten der Umgebung nach eingetretener Taubheit mit.

Der Verfolgungswahnsinn der Schwerhörigen entsteht bei psychotisch veranlagten Personen als Reaktion auf mit anhaltenden und lästigen Ohrgeräuschen einhergehende Schwerhörigkeit. Äußere Umstände sind ätiologisch nicht belanglos. Auch scheint das Rückbildungsalter begünstigend zu wirken. Das stationäre Krankheitsbild zeigt bei teils ängstlicher, teils gereizter Stimmung und krankhafter Eigenbeziehung den paranoischen Symptomenkomplex. Psychische Behandlung und günstige Umgebung vermag auffallende Erleichterung des Zustandes zu bringen, ohne ihn dauernd zu heilen. Schmidt (Andernach).

660. **Kritisches zu der Lehre von den Ursachen der Trunksucht;** von Finckh. (Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 74. S. 285.)

F. hält die Trunksucht nicht für eine durch irgendwelche äußere Umstände zu erwerbende Krankheit, sondern er sucht nachzuweisen, daß die eigentlichsten und tiefsten Gründe in der Struktur der einzelnen Person gegeben sein müssen, und er kommt zu dem Schluß, daß es sich um eine ganz spezifische, wenn auch klinisch nicht näher zu umschreibende Anlage handelt. Der Trinker wird als solcher geboren. Sobald er in seinem Leben mit dem Alkohol in Berührung kommt, ist er der Trunksucht verfallen. Aus diesem Grunde sind auch die schlechten Heilungsaussichten trotz Anstaltsbehandlung verständlich. Schmidt (Andernach).

661. **Blücher in kranken Tagen;** von Mayer. (Allg. Zeitsch. f. Psych. Bd. 74. S. 323.)

Die Depressionszustände Blüchers werden in den Rahmen des manisch-depressiven Irreseins Kraepelins eingeordnet. Schmidt (Andernach).

662. **Behörden gegen die Trunksucht Untergebener;** von Schäfer. (Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 74. S. 294.)

Sch. verlangt, daß die Behörden zur Bekämpfung des Alkoholismus viel beitragen können, wenn sie statt der Disziplinarstrafen, die bei ihren Untergebenen meistens doch zu spät und ohne Erfolg verhängt werden, auf eine frühzeitige Aufnahme eines Beamten in eine Trinkerheilanstalt dringen. Ferner möchte Sch. alle auf dem Gebiete der Schankgesetzgebung und Trinkerfürsorge zu erlassenden ministeriellen Verordnungen als Aufgaben der Medizinalpolizei ansehen. Am Schluß wird ein ausführliches Gutachten über einen wegen Trunksucht disziplinarisch entlassenen Lehrer mitgeteilt, aus dem hervorgeht, daß bei ihm zur Zeit der ihm zur Last gelegten Verfehlungen eine krankhafte Störung der Geistestätigkeit im Sinne des § 51 St.G.B. vorlag, sodaß ihm zwei Drittel seines sonst zuständigen Ruhegehaltes als laufende jährliche „Unterstützung" zugebilligt wurden. Schmidt (Andernach).

663. **Zur Frage erzieherischer Behandlungsweise in den psychiatrischen Abteilungen;** von Prengowski. (Allg. Zeitsch. f. Psych. Bd. 74. S. 314.)

P. wendet auf seinen Abteilungen neben den sonst üblichen Erziehungsmitteln wie: Lob, Zureden, Ermahnung, Tadel, Verweis usw. bei geeigneten Kranken, die sich erregt und gewalttätig zeigen, stundenweise Isolierung mit Anlegen der Zwangsjacke an, wodurch er es erreichte, daß einzelne Kranke später die Anstaltspflege nicht mehr nötig hatten, die wegen seiner Erregungszustände sonst erforderlich war. — In den deutschen Anstalten genügt Bettruhe, die eventuell durch feuchte Einpackung oder Hyoscineinspritzung erzwungen wird. Schmidt (Andernach).

VIII. Chirurgie.

664. **Über lokalen Tetanus;** von Blecher. (D. med. Woch. 1917. Nr. 36. S. 1131.)

B. konnte 3 Fälle des sehr seltenen lokalen Tetanus beobachten: Im 1. Fall bestanden lokale Krämpfe im Oberschenkel-Amputationsstumpf; in 14 Tagen war der Tetanus geheilt. Bei dem 2. Patienten trat ein örtlicher Wundstarrkrampf der schwerverletzten linken oberen Extremität ein mit sehr ausgesprochener Muskelstarre; der Tod, welcher nach 10 Tagen eintrat, war nach Ansicht B.s durch den Tetanus verursacht. Im letzten Falle endlich ging der akut aufgetretene lokale Tetanus des verletzten Arms in die chronische Form über; Heilung erfolgte erst nach einigen Monaten. Brütt (Hamburg-Eppendorf).

665. **Experimentelle Untersuchungen über die Wirkung des Gasödemserums;** von W. Kolle, H. Sachs und W. Georgi. (Zeitschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. Bd. 86. H. 1. 1918.)

Gasödem-Pferdeserum ist nicht nur prophylaktisch, sondern auch therapeutisch verhältnismäßig stark wirksam; stets ist ein früher Versuch mit großen Dosen zu machen. Ob die Wirkung auf Antitoxine oder -fermente zurückzuführen ist, ist noch nicht feststellbar. Fischer-Defoy (Dresden).

666. **Zur Entstehung und Verhütung der menschlichen Gasödem-Erkrankungen;** von Ernst Fränkel. (Zentralbl. f. Bakt. 1. Abt. Bd. 81. S. 447.)

In den meisten Fällen von Gasödem wurden bewegliche, streng anärobe Stäbchen als Erreger festgestellt, die sich in morphologischer und kultureller Hinsicht als sehr variabel erwiesen; ihre Virulenz im Tierversuch war sehr schwankend. Die Giftwirkung ließ sich experimentell nachweisen. Versuche mit einem antitoxisch und antibakteriell wirkenden, vom Pferde gewonnenen Serum waren ermutigend. Fischer-Defoy (Dresden).

667. **Die Behandlung infizierter Schußwunden mit Dakin-Carrelscher Lösung;** von J. Diviš. (Časopis lékařův českých. 1917. Nr. 26.)

Die Chlorierung der Wunden mit Dakin-Carrelscher Lösung bewirkt schon nach 24 Stunden Abfall der Temperatur und nach 2—3 Tagen Apyrexie und Demarkation der nekrotischen Partien. Von 10 schweren Gelenkschüssen führte nur einer zur Amputation, von 12 Gasphlegmonen starben nur 2, von 23 komplizierten Frakturen starb kein einziger Fall, wohl aber wurde die Behandlungsdauer wesentlich abgekürzt. Von 300 Fällen, durchwegs schweren, eiternden Schußverletzungen, starben nur 8 %. Mühlstein (Prag).

668. **Über die Trockenlegung von Wunden**; von Krecke. (Münchn. med. Woch. 1918. Nr. 19. S. 501.)

K. empfiehlt zur Trockenlegung von Wunden das Gummi- eventuell Glasrohr, nur ausnahmsweise das Zigarettendrain und den Gaudafildocht, er verwirft die Gazetamponade, da hierdurch leicht Sekretverhaltung eintritt. Zur Ableitung des Eiters aus den drei Körperhöhlen ist stets das Gummidrain zu bevorzugen, beim Pleuraempyem die Anwendung des Perthes und der Drainage. Auf Grund der Bierschen Abhandlung über die Regeneration der Gewebe verlangt er Einschränkung der Drainage mittels Tamponade, die nur schädigt. Wunden werden durch wasserdichten Stoff verschlossen, bei voller Ruhigstellung tritt Granulation und Heilung der Wunde ein. Thormählen (Hamburg-Eppendorf).

669. **Behandlung offener Weichteil- und Knochenhöhlen nach Bier**; von G. Martins. (D. med. Woch. 1917. Nr. 50. S. 1560.)

Die Feststellung Biers, daß chronische Weichteils- und Knochenwunden mit mehr oder weniger großen Substanzdefekten unter Luftabschluß natürlichere, und darum günstigere Heilungsbedingungen finden (vergl. Referat in diesen Jahrbüchern), verdient u. E. weitgehendste Beachtung, umso eher, als die Restitutio ad integrum hierbei eine wesentlich vollkommere ist, als bei den bisher üblichen Behandlungsmethoden. M. wandte diese Methode in mehreren Fällen von chronischer Knocheneiterung an und erzielte recht befriedigende Erfolge. Brütt (Hamburg-Eppendorf).

670. **Erfrierung im Röntgenbild**; von Rudolf Winternitz. (Med. Klin. 1917. Nr. 9. S. 239.)

Bei Erfrierung von Händen und Füßen konnte W. im Röntgenbild mit einer gewissen Regelmäßigkeit eine eigenartige Aufhellung der Phalangen resp. Metakarpen oder Metatarsen, zuweilen auf der Mittelhand- und Mittelfußknochen feststellen. Bei diesen Aufhellungsbezirken, die mit Vorliebe an den Gelenkenden sitzen, handelt es sich jedenfalls um eine abnorme Kalkarmut, die wahrscheinlich unter der Kältewirkung zustande kommt; jedenfalls handelt es sich nicht um eine einfache Inaktivitätsatrophie des Knochens auf Grund der Schonung nach der Erfrierung.
Brütt (Hamburg-Eppendorf).

671. **Über Paraffinkarzinom**; von H. Ehrlich. (Arch. f. klin. Chir. Bd. 110. S. 325. 1918.)

Das Paraffinkarzinom ist eine typische Erkrankung der Paraffinarbeiter, die sich nach einer Latenzzeit von 12—14 Jahren auf dem Boden einer durch ein chemisches Trauma entzündeten Haut entwickelt und zur Multiplizität neigt. Der Sitz ist vorwiegend das Skrotum, weil hier die Gelegenheit zur Mazeration der Haut durch Schweiß am größten ist. Histologisch findet sich durchweg verhornendes Plattenepithelkarzinom, das relativ lange lokalisiert bleibt und günstige Chancen für die radikale Exzision bietet. Die Leistendrüsen, die immer geschwollen sind, sollen in der Regel entfernt werden. In beginnenden Fällen ist die Prognose bezüglich Wiederkehr der Erkrankung gut, bezüglich des Ausbleibens einer neuerlichen Erkrankung unsicher, da die Disposition in Form der Paraffinkrätze bestehen bleibt.
Kautz (Hamburg).

672. **Diagnostische punctie bij gezwellen**; door H. T. Deelmann. (Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1918. 2. Hälfte Nr. 9. S. 744.)

D. teilt gute Erfahrungen mit dem zuletzt von Hirschfeld empfohlenen Verfahren der diagnostischen Punktion nicht oberflächlicher Geschwulstbildungen mit. Es handelt sich u. a. um eine Rektumkarzinommetastase im Capitulum fibulae, ein Nierensarkom, ein Adenokarzinom des Cavum nasi, ein Sarkom des Corpus uteri u. dgl. Die Resultate waren sehr zufriedenstellend und die Methode hat in geeigneten Fällen große Vorteile sowohl für den Arzt wie für die Patienten. Nachteile wären eventuell Weiterwucherung der Geschwulst am Stichkanal entlang und innere Blutung mit Schmerzen. — Sechs ausführliche Krankengeschichten; 4 mikroskopische Abb. auf 1 Tafel. Lamers (Herzogenbusch).

---

673. **Zur Kasuistik der Karotis-Schußverletzung**; von Sernau. (Psych.-neurol. Woch. 1918. S. 143.)

Bei Verletzungen und Aneurysmen der Karotis ist eine möglichst frühzeitige Operation erforderlich, weil sonst durch Bildung von Erweichungsherden Schädigungen des Gehirns eintreten, die sich nicht wieder gutmachen lassen. Schmidt (Andernach).

674. **Zur nicht operativen Therapie des Kropfes**; von E. Bircher. (Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte 1918. Nr. 37. S. 1236.)

Der sogen. „dicke Hals" der Altersklasse 10—25 zumeist, ohne Knotenbildung und Stenosenerscheinungen kommt besonders in Frage bei interner und lokaler Therapie. Anfangs wurden vorteilhaft Lipojodinsalben gebraucht. Dem theoretisch supponierten, durch den Verdauungsapparat zugeführten Kropferreger wurde mit Chinin, der Nervenerregbarkeit mit Kalzium begegnet. Endlich wurde zur Anregung des Bindegewebsprozesses Silizium beigemischt. So entstand eine typische und vorteilhafte kurze und lokale Behandlung mit dem Kropfmittel „Strumaval". Die Verabreichung erfolgt mit Tabletten von Lipojodin, Chinin. sulf. Kalziumsilikat, in Abwechselung mit Lipojodinchininsalbe. — Die theoretischen Erwägungen sind durchaus klar und annehmbar und der Erfolg spricht für dies konservative Verfahren, welches oft genug geboten ist. B. ist überzeugt, daß die Kropfnoxe durch das Wasser eingeführt wird, aber zunächst nicht in einem Mikroorganismus zu suchen ist, sondern aus einer chemischen Substanz kolloider Natur besteht, die ein Bakterientoxin sein mag. Der Praktiker wird gerne die gut verbürgte Botschaft von den Erfolgen mit dieser Behandlung vernehmen.
von Noorden (Bad Homburg)

675. **Die Behandlung der akut bedrohlichen chirurgischen Erkrankung des Brustkorbes**; von Colmers. (D. med. Woch. 1918. Nr. 37. S. 1012.

Bei Rippenresektionen empfiehlt C. die Braunsche Lokalanästhesie. Infiltration der Haut und Interkostalmuskulatur. Technik der Rippenresektion wie üblich. Bei Stich- und Schußverletzungen des Herzens stets chirurgischer Eingriff. Nach Rippenresektion Freilegung des Herzens. Naht. Komplikationen von seiten der Pleura führen bei den durch den Blutverlust geschwächten Patienten meist zur Infektion derselben und zum Tode. Wenn möglich bei Herzoperation Druckdifferenzver-

fahren. Schußverletzungen der großen Gefäße sind operativ zu behandeln.

Thormählen (Hamburg-Eppendorf).

676. **Der quere Luftröhrenschnitt**; von O. Orth. (Wien. med. Woch. 1918. Nr. 35. S. 971.)

Bei der Tracheotomia transversa müssen die dem Plexus thyreoideus inf. angehörigen Venen beachtet werden, da nach deren Verletzung leicht Luftembolie eintritt. Thormählen (Hamburg-Eppendorf.

677. **Zur Frage der Lokalanästhesie in der Bauchchirurgie**; von H. Finsterer. (Wien. klin. Woch. 1918. Nr. 31. S. 860.)

Bei systematischer Verwendung der Lokalanästhesie in der Bauchchirurgie läßt sich nicht nur die Zahl, sondern auch die Schwere der Lungenkomplikationen wegen des Wegfalls der Herz- und Lungenschädigung ganz bedeutend verringern. F. ist der festen Überzeugung, daß sich die Ansicht allmählich durchringen wird, daß das Chloroform als der größte Feind der Patienten unbedingt zu vermeiden ist, daß die tiefe Äthernarkose, besonders wenn es sich um lange dauernde Operationen handelt, wegen der großen Gefahr der Pneumonie nicht mehr berechtigt ist, sondern daß der Kombination von Lokalanästhesie mit fallweiser Unterstützung durch etwas Äther die Zukunft gehört.

Wagner (Leipzig).

678. **Die Behandlung von Bauchhöhlendurchschüssen im Feldlazarett**; von Stein. (D. med. Woch. 1918. Nr. 34. S. 940.)

Die Behandlung von Bauchhöhlendurchschüssen hat, wenn die günstigste Zeit zur Operation verstrichen ist, sich nach dem Allgemeinbefinden der Kranken zu richten (Temperatur, Puls). Bei beunruhigendem Allgemeinbefinden Operation, sonst konservative Behandlung.

Thormählen (Hamburg-Eppendorf).

679. **Über die chirurgische Therapie bei Magengeschwüren oder Geschwüren des Duodenums**; von J. Exalto. (Arch. f. klin. Chir. 1918. Bd. 110. S. 86.)

Bei einem Magengeschwür, ganz gleich, wo es liegt, kallös oder nicht, verengend oder nicht, ist die Gastroenterostomia retrocolica posterior mit kurzer Schlinge, angelegt in dem Antrum pyloricum, ganz nahe und parallel der großen Kurvatur, die Operation der Wahl. Die Pylorusausschaltung bei offenem Pylorus soll eine Ausnahme bleiben. Die Resektion soll eingeschränkt bleiben auf die Fälle, in denen ungeachtet der klinischen Untersuchung während der Operation Zweifel an der Diagnose auftreten und Krebs vermutet wird, wo bei einem kallösen Ulkus eine Perforation droht, oder sekundär, wenn nach einer Gastroenterostomie das Geschwür stark weiter blutet oder die Beschwerden fortdauern.

Kautz (Hamburg).

680. **Behandlung des Ulcus pepticum jejuni nach Gastroenterostomie**; von H. Flörcken. (Zentralbl. f. Chir. 1918. Nr. 33. S. 568.)

Keine Methode der Gastroenterostomie bei Ulcus ventriculi oder duodeni bietet gegen ein späteres Ulcus pepticum jejuni unbedingten Schutz. F. hat in einem solchen Falle die Jejunumschlinge dicht aboral von der Gastroenterostomie durchtrennt, beiderseits verschlossen und mit dieser Schlinge eine neue vordere Gastroenterostomie angelegt. Guter Erfolg, der im wesentlichen wohl darin begründet ist, daß die Geschwürsstelle im Wesentlichen nur mit Pankreassekret und Galle in Berührung kommt, daher eine Neutralisierung des hyperaziden Magensaftes herbeigeführt wird und somit günstige Bedingungen für die Ausheilung gegeben sind.

Wagner (Leipzig).

681. **Zwei mit Erfolg operierte Fälle von Dünndarmruptur**; von K. Schulz. (D. Zeitschr. f. Chir. Bd. 145. S. 281. 1918.)

Die beiden Fälle — Hufschlagverletzungen — boten ein recht verschiedenes Krankheitsbild. Die augenfälligen Erscheinungen ließen einmal sogleich die Schwere der inneren Verletzung erkennen, während in dem anderen Falle erst genaueste Untersuchung zur richtigen Bewertung des Zustandes führte. Bauchdeckenspannung und Fehlen der Leberdämpfung führten in beiden Fällen zur richtigen Diagnose und waren bestimmend zur Vornahme des operativen Eingriffs. Morphium soll womöglich erst dann gegeben werden, wenn die Diagnose gestellt ist. Wagner (Leipzig).

682. **Chronisch entzündliche Bauchdeckengeschwülste**; von Groth. (D. med. Woch. 1918. Nr. 25. S. 960.

2 Jahre nach Bauchschuß traten bei einem Sprung plötzlich Schmerzen in der rechten Bauchgegend und Fieber auf. Operation. Es fand sich eine chronisch entzündliche Bauchdeckengeschwulst; zugleich akut entzündeter Wurmfortsatz, der dem Bauchdeckentumor angelagert war. G. sieht in einer schwachen Virulenz der Entzündungserreger das ätiologische Moment für das Zustandekommen der chronisch entzündlichen, geschwulstartigen Infiltration. Hier Infektion entweder von der früheren Verwundung herrührend, oder durch Kontakt von früher stattgehabter Entzündung des Wurmes.

Thormählen (Hamburg).

683. **Chirurgie der Gallenwege**; von A. Wagner. (D. Zeitschr. f. Chir. Bd. 145. S. 15. 1918.)

Kasuistik seltener Erkrankungen der Gallenwege. 1. Zweifacher Gallensteinileus. 2. Totalgangrän und Selbstamputation der Gallenblase. 3. Cholangitis infolge infizierter idiopathischer Choledochuszyste. Die *echte Choledochuszyste* ist eine so seltene Anomalie, daß sich in der Literatur bisher nur 30 Fälle vorfinden einschließlich des Falles W.s. Die idiopathische Choledochuszyste beruht auf einer angeborenen Mißbildung des Choledochus derart, daß der extraduodenale Teil mehr oder weniger sackartig angelegt ist. Durch Papillarverschluß und Gallenstauung kann die Erweiterung verstärkt werden. Ein Klappenventilverschluß kann das Leiden verschlimmern. Die klinischen Erscheinungen sind: Tumor in der rechten Oberbauchgegend, Ikterus und Schmerzen. Es muß möglichst frühzeitig operiert werden, ehe Cholangitis und Cholämie den Kranken geschwächt haben. Die Operation der Wahl ist die Choledochoduodenostomie mit Naht oder Knopf. 4. Gallensteine im Ductus hepaticus bzw. seinen Ästen.

Wagner (Leipzig).

684. **Die Diagnose der durch Gallensteine bedingten akuten chronischen Cholezystitis und ihre Behandlung an Hand von 1000 Gallensteinlaparotomien**; von Wilms. (Med. Klin. 1918. Nr. 21. S. 507.)

W. bespricht im Anschluß an die Diagnose der durch Steinen bedingten Erkrankungen der Gallenblase die Formen, bei denen durch chirurgische Behandlung eine bessere Heilung zu erzielen ist. Akute Cholezystitis bei Patienten der arbeitenden Klasse muß operiert werden, sowie schwere Fälle bei älteren, wenig widerstandsfähigen Kranken, Fälle mit Komplikationen, z. B.

Perforationsperitonitis, Darmlähmung, fortgeleiteter Entzündung septischer Allgemeininfektion, ferner Fälle, bei denen wiederholt Steine in den Choledochus treten und Fälle mit Komplikationen von seiten des Pankreas.

Thormählen (Hamburg).

685. **Gallenperitonitis ohne Perforation;** von J. Horák. (Časopis lékařův českých. 1918. Nr. 189.)

Im Anschluß an einen operierten und sezierten Fall von Gallenperitonitis, bei der weder an der Gallenblase, noch an den Gallengängen eine Perforation zu finden war, sucht H. die Ursache der Entleerung von Galle in die freie Bauchhöhle in einer Perforation eines Vas oberrans hepatis, wofür ihm der Umstand spricht, daß bei einem Fall eine kolossale Gallensekretion nach außen stattfand (während sich die Galle vor der Operation in die freie Bauchhöhle ergoß). Er rät, in Hinkunft in analogen Fällen die Vasa aberrantia vom Ductus choledochus aus mit einer dünnen, mit Methylenblau gefärbten Gelatine zu injizieren. Mühlstein (Prag).

686. **Über die Mobilisierung des Duodenums von links her;** von P. Clairmont. (Arch. f. klin. Chir. Bd. 110. S. 104. 1918.)

Die Mobilisierung des Duodenums von links her ist angezeigt für die Resektion des Ulcus pepticum jejuni und die Behebung des Circulus vitiosus nach hinterer Gastroenterostomie mit kurzer Schlinge. Und zwar empfiehlt es sich, die Jejuno-Duodenostomie rechtzeitig vorzunehmen, bevor noch die Patienten durch Flüssigkeitsverlust und Nahrungsmangel erschöpft sind. Durch die Mobilisierung des Duodenums beim Ulcus pepticum jejuni wird eine systematische und sichere Ausführung des mühsamen Eingriffs ermöglicht. Als weitere Indikationen kommen noch die Fälle von Verdacht auf Duodenumverletzung und die Entfernung regionärer Lymphdrüsen bei der erweiterten Radikaloperation des Dickdarmkarzinoms in betracht, zum Zwecke der Freilegung von Aorta und Vena cava. Kautz (Hamburg).

687. **Solide Mesenterialtumoren;** von A. Szenes. (D. Zeitschr. f. Chir. Bd. 144. S. 228. 1918.)

Mitteilung einer erfolgreichen Operation eines Mesenterialfibroms durch Finsterer. Es handelt sich bei dem 51jährigen Kranken um eine sehr umfangreiche Geschwulst, die dem Mesenterium des obersten Jejunums angehörte. In anbetracht der möglichen Malignität des Tumors wurde gleichzeitig $1^1/_2$ m Jejunum entfernt. Anastomose Seite zu Seite. Aus der Literatur konnte S. noch 60 Operationen wegen Mesenterialtumoren zusammenstellen. In den 40 Fällen von Tumoren im Dünndarmmesenterium war 34 mal die Dünndarmresektion nötig; bei den 8 Fällen aus dem Mesokolon wurde 2 mal die Dickdarmresektion ausgeführt. Unter den 61 Fällen fanden sich 18 Fibrome, 11 Sarkome, 8 Fibrosarkome, 5 Fibrosarkome usw. Die Mortalität sämtlicher Fälle betrug 24,2%; die der Fibrome 33,3%, die der Fibromyxome 25%. Bei der Zusammenstellung der vorstehenden Fälle ergab sich die Schwierigkeit der genauen Abgrenzung der soliden Mesenterialgeschwülste von den retroperitonalen Tumoren einer- und den Darmtumoren andererseits. Die Prognose der Mesenterialtumoren richtet sich nach ihrer histologischen Beschaffenheit und nach der Möglichkeit ihrer radikalen Entfernung. Wagner (Leipzig).

688. **Eigenartige Form des paralytischen Ileus nach Genuß roher Vegetabilien;** von H. F. Brunzel. (D. Zeitschr. f. Chir. Bd. 145. S. 1. 1918.)

Br. teilt 3 Fälle mit, aus denen hervorgeht, daß durch den reichlichen Genuß roher und nicht ganz einwandfreier Vegetabilien unter besonderen, nicht näher zu analysierenden Umständen durch rapid einsetzende Gärungsvorgänge im Darmkanal das vollkommene Bild eines Ileus entstehen kann mit oft ganz enormer Auftreibung des Leibes, Hochdrängung des Zwerchfells bis zur Atemnot, heftigen, akut einsetzenden Schmerzen, Rückständen von Darminhalt in den Magen und Sistieren von Stuhl und Winden. Sind in den genossenen Vegetabilien Phasine enthalten, so kann sich nebenher auch noch eine ausgesprochene Phasinwirkung entwickeln: Blutausscheidung im Darmkanal. Da die Diagnose auch trotz genauer Anamnese kaum mit Sicherheit zu stellen ist, soll man mit einer Laparotomie nicht zögern, wenn nicht innerhalb weniger Stunden durch die üblichen Mittel der Behandlung des paralytischen Ileus ein merklicher Erfolg zu verzeichnen ist. Br. möchte das Krankheitsbild als *Trommel-* oder *Blähsucht* bezeichnen. Von den 3 Kranken wurden 2 operiert (einer starb). P. Wagner (Leipzig).

689. **Zur Tecknik der Darmresektion;** von D. Pupovac. (Wien. klin. Woch. 1918. Nr. 35. S. 962.)

Verschluß der Darmenden bei Darmresektion führt P. folgendermaßen aus: Fortlaufende Naht des Stumpfes durch alle Schichten. Anfangs- und Endfaden werden eingefädelt, durch die Nahtlinie in das Darminnere hinein, und an zwei gegenüberliegenden Stellen nach außen hindurchgestoßen. Der Stumpf wird invaginiert, durch Tabaksbeutelnaht von den Rändern der Invagination wird der Stumpf noch gesichert. Die Lateral-Anastomose wird weit vom Stumpfende angelegt.

Thormählen (Hamburg-Eppendorf).

---

690. **Die Behandlung der Wirbelsäulen- und Beckenverletzungen;** von C. Schlatter. (D. med. Woch. 1918. Nr. 37. S. 1041.)

1. Behandlung der Wirbelsäulenbrüche und -Luxationen richtet sich nach dem Verhalten des Rückenmarks. (Vorsicht bei den ersten Hilfeleistungen wegen der Gefahr der Markverletzung beim Transport). Prophylaktische Maßnahmen; dann Behandlung: Glissonsche Schlinge, Rauchfußche Schwebe, Gipsbett. Bei Brüchen der Halswirbelsäule möglichst konservative Behandlung, sonst Operation, wenn nach einiger Zeit, 1—2 Wochen, keine Besserung oder gar Verschlimmerung eingetreten ist. Bei Verletzungen im Bereich der cauda equina frühzeitige Operation (Laminektomie). Nachbehandlung der Gelähmten durch Gehapparate.

2. Bei Steißbeinbrüchen mit hartnäckigen Coccygodynien, Exstirpation des Steißbeins. Frakturen des Darmbeins, des Beckenringes werden mit Heftpflasterverbänden behandelt, desgl. Beckenluxation. Bei Dislokation der einen Beckenhälfte in toto Extension am entsprechenden Bein, bei Luxatio femoris ventralis ebenfalls. Prognose ist abhängig von den Nebenverletzungen (Harnröhre, Blase, Mastdarm). Diese sind symptomatisch zu behandeln.

Thormählen (Hamburg-Eppendorf).

691. **Beitrag zur Kenntnis der Spondylitis deformans;** von Gunnar Kahlmeter. (Svenska läkaresellsk. handl. Bd. 44. H. 2. 1918.)

K. gibt eine Übersicht über die Entstehung und Entwicklung des Begriffs Spondylitis deformans und bespricht die mannigfaltigen dieser Erkrankung zugrundeliegenden pathologisch-anatomischen Grundlagen. Auf Grund der Veränderungen schlägt K. vor, die Spondylitis deformans zu einem rein pathologisch-

anatomischen Begriff werden zu lassen; und zwar kommt hierdurch der Begriff zu voller Übereinstimmung mit dem der Arthritis deformans, von der die Spondylitis deformans nur durch die infolge verschiedener Lokalisation bedingten kleineren Unterschiede abweicht. Gestützt wird seine Annahme dadurch, daß die Pathogenese in beiden Fällen die gleiche ist, nämlich daß das Primäre in beiden Fällen durch verschiedene ätiologische Momente hervorgerufene regressive Knorpelveränderungen sind, und daß bei der weiteren Entwicklung der Krankheiten funktionell-mechanische Einflüsse wirksam sind. Die sich aus einem großen Material ergebende klinische Symptomatologie dieser „primären“ Spondylitis deformans zeigt folgende Merkmale: Nach einem gewöhnlich allmählichen, bei einigen Fällen, besonders nach Traumen, jedoch auch akutem Beginn zeigt die Spondylitis deformans einen eminent chronischen Verlauf mit häufigen akuten Exazerbationen und Verschlimmerungen. Bei dem charakteristischen remittierenden Verlauf können die subjektiven Symptome lange Zeit hindurch verschwunden sein. Diese bestehen in der Hauptsache in Steifigkeitsgefühl und Schmerz, die in dem Teil des Rückgrats, der von der Erkrankung besonders betroffen ist, meist im Lendenteil lokalisiert sind, und treten besonders beim Übergang einer Körperstellung in eine andere auf. Die objektiven Symptome lassen sich in zwei Gruppen einteilen: 1. diejenigen, die sich auf die Körperhaltung und die Bewegungsweise des Patienten beziehen — Starre und Steifigkeit des erkrankten Rückgratabschnittes, Verschwinden der normalen Lumballordose, Kontraktion der Muskulatur seitwärts von dem erkrankten Rückgratsteil — und 2. Symptome von seiten des Nervensystems, in Form von Muskelatrophien, Sensibilitäts- und Reflexstörungen. Wenn auch die Symptome vom Nervensystem her oft ihrer Lokalisation nach mit den Knochenneubildungen korrespondieren, so ergaben eigene Untersuchungen K.s doch keine Beweise dafür, daß eine Kompression der austretenden Nervenwurzeln innerhalb der Foramina intervertebralia bestände. Bezüglich der Häufigkeit des Auftretens der Spondylitis deformans konnte K. feststellen, daß dieselbe eine im höheren Lebensalter — über 40 Jahre — durchaus gewöhnliche Erkrankung ist, und jedes zweite bis dritte Individuum mit derselben behaftet ist. Kautz (Hamburg).

692. **Über den unblutigen Anschluß von Stumpfmuskeln an Prothesenteile;** von Böhm. (Münchn. med. Woch. 1918. Nr. 24. S. 652.)

B. verwendet die dem Bizeps innewohnende Muskelkraft Oberarmamputierter auf unblutigem Wege für die an den Oberarm angeschlossene Prothese, indem er nicht seine Zug- sondern Druckkraft ausnutzt. Er bringt oberhalb des Bizepswulstes eine Spange an, die ihn mit einer Flansche medial oben und seitlich umgreift. Diese läuft in seitlichen Schlitten der Prothese auf und ab. Es sind so 15 mkg Anfangsleistung erreicht.

Thormählen (Hamburg-Eppendorf).

693. **Eine einfache Methode der Umbildung der Armamputationsstümpfe für die durch Muskelkrafttunnels bewegte Prothese;** von J. Schenker. (Münchn. med. Woch. 1918. Nr. 27. S. 732.)

Sch. zeigt, daß zur Bildung des für die Gestaltung des Amputationsstumpfes — der für eine durch Muskelwülste bewegliche Prothese tauglich sein soll — notwendigen Weichteiltunnels die Haut des Armamputationsstumpfes selbst genügt und daher beim Einhalten einer gewissen Technik die bisher gebrauchte Transplantation aus der Brust- und Bauchhaut überflüssig wird. Die Technik der Operation und die Vorteile der Operation werden mitgeteilt und durch Abbildungen erläutert. Wagner (Leipzig).

694. **Über Dauerstreck- und Beugeapparate bei der Behandlung von Gelenkversteifungen;** von H. Lossen. (Monatsschr. f. Unfallheilk. u. Invalidenw. 1918. Nr. 6. S. 119.)

Außer den üblichen mediko-mechanischen Behandlungen der Gelenkkontrakturen empfiehlt L. die Dauerbehandlung im Sinne des ständigen Redressement mit Schienenapparaten (s. Abbild.), die auf dem Prinzip der Zugwirkung bei großen Gelenken und der Hebelwirkung bei kleinen Gelenken aufgebaut sind.

Thormählen (Hamburg-Eppendorf).

695. **Arbeitshelfe bei Fingerverlusten;** von A. Hartwich. (Münchn. med. Woch. 1918. Nr. 37. S. 1023.)

Bei schweren Handverstümmelungen empfiehlt H. den „aktiven Gegengreifer“. Es muß aber ein Finger resp. beweglicher Stumpf vorhanden sein. Diesem gegenüber wird der Gegengreifer in Form eines ovalen Metallplättchens von 1—$1^1/_2$ maliger Größe der Daumenkuppe angebracht. Mit diesem Gegengreifer arbeitet der restierende Finger nach Art einer Zange.

Thormählen (Hamburg-Eppendorf).

696. **Anatomische Schwierigkeiten bei Sauerbruchoperationen;** von F. Seidler. (Münchn. med. Woch. 1918. Nr. 37. S. 1021.)

Je größer die Hubhöhe, desto größer die Arbeitsleistung. Diejenigen Muskelfasern, die senkrecht zum Hautschlauch angreifen, führen eine größere Hubhöhe herbei, als die schrägangreifenden. Beim Trizeps, Quadrizeps und Unterarm sind senkrecht und schräg angreifende Muskelnfasern. Daher empfiehlt S. nur die senkrecht zum zubildenden Hautschlauch stehenden Fasern für die Operation auszuwählen.

Thormählen (Hamburg-Eppendorf).

697. **Beitrag zum Bau des Sauerbruch-Kunstarmes;** von Bisalski. (Münchn. med. Woch. 1918. Nr. 33. S. 901.)

Verbesserung des Sauerbruch-Kunstarmes durch Einbauen einer Federkraft, die den Muskelstumpf nach geschehener Kontraktion streckt, ohne ihn während der Kontraktion stärker zu belasten. Hierdurch wird eine ausgiebigere Ausnutzung der Muskelkraft erzielt. Mechanik s. im Original. (Abbildungen.)

Thormählen (Hamburg-Eppendorf).

698. **Form der Oberschenkelhülse an Prothesen;** von Bayer. (Münchn. med. Woch. 1918. Nr. 36. S. 1000.)

Das Abstützen der Körperlast wird durch Verlagerung des Tubersitzes an die Stelle des Übergangs zwischen Becken und Oberschenkel verbessert. Die Fixation der Hülse am Stumpf muß die annähernd dreieckige Form der oberen Partie des Oberschenkels berücksichtigen. Diese Form ermöglicht eine bessere aktive Beweglichkeit im Hüftgelenk, da die Muskellappen in den Ecken liegen und durch Druck nicht beengt werden. Thormählen (Hamburg-Eppendorf).

699. **Gipssohlenstreckverband für Frakturen der unteren Extremität;** von v. Gaza. (Zentralbl. f. Chir. 1918. Nr. 29. S. 495.)

Mit dem von G. ersonnenen Zugverband gelingt es, mit geringem Gewicht Frakturen der unteren Extremität zur Ausheilung zu bringen. Der Gipssohlenstreckverband

nähert sich damit in der Art seiner Wirkung der Draht- oder Nagelextension. Das Wesentliche des Verbandes besteht darin, daß über einer nach der Fußsohle zugeschnittenen Gipsschiene ein Mastixzugverband angelegt wird, der vor allem den Fuß einbegreift. Weil sich die Bindenstreifen hier fast gar nicht verschieben können, wirkt der Zug so, als ob er direkt am Knochen angriffe. Er entspricht also in der Wirkung einem Gipsschuh; doch besteht die Gefahr der Druckschädigung bei ihm nicht. Bisher hat G. eine große Reihe von Unterschenkelfrakturen, auch bereits 5 Oberschenkelfrakturen (meist Schußfrakturen) so behandelt, mit dem Erfolge, daß auch bei den Oberschenkelbrüchen keine größere Verkürzung als ½ cm eintrat. Die Einzelheiten der Technik sind in der mit Abbildungen versehenen Originalarbeit nachzulesen. Wagner (Leipzig).

700. **Ein Fall von habitueller Patellarluxation**; von Schäfer. (D. med. Woch. 1918. Nr. 24. S. 659.)

Sch. beschreibt einen Fall von habitueller Patellarluxation bei bestehendem Genu valgum, die durch Trauma entstanden ist. Da konservativ keine Heilung, wurde operiert. Überblick über die Entwicklung der Methoden zur Beseitigung der habituellen Patellarluxation: Früher eingreifende Knochenoperationen, jetzt einfache Weichteiloperation am Bandapparat.

Thormählen (Hamburg).

701. **Zur Mechanik des künstlichen Kniegelenks.** *Ein aktives Kunstbein*; von Schede. (Münchn. med. Woch. 1918. Nr. 23. S. 616.)

Es gibt folgende 3 Gruppen zur Mechanik des künstlichen Kniegelenks.

1. Das Kniegelenk wird automatisch festgestellt, sobald es in Streckstellung kommt.
2. Das Kniegelenk wird in Streckstellung festgestellt durch den Druck der Körperlast.
3. Das Kniegelenk wird festgestellt durch die Belastung oder die Dorsalflexion des Fußes, und zwar in jeder Stellung des Kniegelenks. Diese 3 Gruppen werden von Sch. kritisch beleuchtet; er selbst hat ein Kunstbein konstruiert — die Mechanik ist im Original nachzulesen —, das folgende Vorteile besitzt: 1. Volle Beherrschung des Kniegelenks ohne Feststellung, 2. Aktive Streckung des Kniegelenks gleichzeitig mit dem Hüftgelenk. 3. Mühelose Arbeitshaushaltungen. 4. Natürliche Haltung des Körpers durch die physiologische Entlastungsmethode. Gelingt auch die aktive Kniebeugung des schwingenden Beines, so kann man von einem „aktiven Kunstbein" sprechen.

Thormählen (Hamburg).

702. **Behandlung von großen Wadenverletzungen**; von H. v. Barger. (Zentralbl. f. Chir. 1918. Nr. 34. S. 581.)

Das von B. geübte Verfahren, bei dem Fixation und Bewegung abwechseln, bezweckt: 1. Hochlagerung des verletzten Beines, weil hierdurch die Zirkulation im verletzten Unterschenkel begünstigt wird. 2. Offene Wundbehandlung, die keine Nachteile in sich birgt, wenn die Knochen nicht verletzt sind. 3. Langdauernde Dorsalflexion des Fußes. 4. Das Knie täglich einige Stunden in völliger Strecklage bei Dorsalflexion des Fußes zu bringen, um einer Kniebeugekontraktur entgegenzuwirken. 5. Die Möglichkeit, täglich mehrmals den Fuß und das Knie aufs äußerste zu beugen und zu strecken. Die Technik des Verbandes ist im Original nachzulesen. Wagner (Leipzig).

703. **Verfahren, die Knochen und Gelenke der Fußwurzel übersichtlich freizulegen**; von Kirschner. (D. Zeitschr. f. Chir. Bd. 145. S. 69. 1918.)

Das neue Verfahren besteht darin, durch einen von der Lisfrancschen Gelenklinie bis in das obere Sprunggelenk durch Weichteile und Knochen geführten Schnitt, der annähernd parallel mit dem Fußrücken und der Fußsohle in der Mitte zwischen diesen beiden Flächen verläuft, den Fuß in einen größeren plantaren und in einen kleineren dorsalen Abschnitt zu zerlegen und durch breites Auseinanderklappen dieser sich wie ein Karpfenmaul willig öffnenden Fußteile eine freie Übersicht und einen ungehinderten Zugang zu allen Gebilden der Fußwurzel zu schaffen. Bei aseptischer Erkrankung werden die beiden Fußteile nach Vollendung des Eingriffs wieder zusammengeklappt und gut aufeinandergepackt, die Strecksehnen der Zehen und die Haut werden primär vereinigt. Der Fuß wird im rechten Winkel zur Unterschenkelachse eingegipst. Bei infektiösen Erkrankungen wird die Wunde austamponiert.

Wagner (Leipzig).

704. **Beitrag zur Nierenchirurgie, an der Hand von 100 Fällen**; von H. v. Haberer. (Arch. f. klin. Chir. Bd. 110. S. 194. 1918.)

Alle malignen Nierentumoren verlangen frühzeitige Diagnose und frühzeitige Nephrektomie, weil die Rezidivfähigkeit und Metastasenbildung dieser Tumoren besonders zu fürchten ist. Sie beeinträchtigen die Dauererfolge, die bei den malignen Nierentumoren noch recht wenig erfreulich sind. Gutartige Tumoren sind ein äußerst dankbares Feld für die Nierenchirurgie, nach der Nephrektomie erfreuen sich die Patienten dauernd des besten Befindens. Zu den gutartigen Tumoren gehören vor allem die vielfachen Hydronephrosensäcke, die solitären Nierenzysten, die gelegentlich durch Resektion aus der Niere heraus zu entfernen sind, und auch die von der Nierenkapsel ausgehenden zystischen Geschwülste. Die einseitige Tuberkulose der Niere gibt bei rechtzeitiger Nephrektomie ausgezeichnete Resultate, namentlich dann, wenn schwerere tuberkulöse Veränderungen im übrigen Organismus fehlen. Bereits bestehende Blasentuberkulose kann nach der Nephrektomie ausheilen. Aber auch die doppelseitige Nierentuberkulose kann, halbwegs günstige Funktion der zurückbleibenden Niere vorausgesetzt, durch Nephrektomie der kränkeren Niere sehr gut beeinflußt werden. Bei schwereren eitrigen Prozessen einer Niere, mögen sie hämatogenen oder aszendierenden Ursprungs sein, ist die Nephrektomie der Nephrotomie vorzuziehen. Leichtere Beckeneiterungen sind auf konservative Weise, vor allem Beckenspülungen, sehr gut zu beeinflussen. Dystope Nieren sollen, wenn sie Beschwerden machen, entfernt werden. Die transperitoneale Operation dabei stößt auf keinerlei Schwierigkeiten, und die Gefahren sind sehr geringe. Bei Schußverletzungen der Niere wird, wenn operativ eingegriffen werden muß, in der Regel die Nephrektomie in Frage kommen, bei subkutanen Traumen kann gelegentlich auch die Nierennaht mit gutem Erfolg ausgeführt werden. Infizierte Steinnieren oder ausgedehnte Hämatonephrosen bei Steinnieren werden am besten mittels Nephrektomie behandelt, bei der aseptischen Steinniere kommt je nach den Verhältnissen die Nephrotomie oder die Pyelotomie in Frage. Die Nephrotomie entbehrt nicht der Gefahren, vor allem kommen Spätblutungen dabei vor, doch leistet sie nicht nur bei Steinnieren, sondern auch bei Glaukom der Niere und als probatorische Nephrotomie, zu Klärung pathologischer Prozesse in der Niere, Vorzügliches. Die Dekapsulation der Nieren hat in Fällen von vollständiger Anurie bei Nephritis, in Fällen ungeklärter Hämaturie, bei Glaukom der Niere und schließlich bei unklaren Nierenkoliken, die sich gelegentlich bei fötal gelappter Niere einstellen,

vorzügliche Resultate aufzuweisen. Die Nephropexie, namentlich nach der Methode von Narath, leistet bei Fällen hochgradiger, schmerzhafter Wanderniere ausgezeichnete Dienste, doch muß die Indikation zur Operation sorgfältig erwogen werden, und soll namentlich bei Fällen schwerer allgemeiner Ptose nicht voreilig operativ eingegriffen werden. Von Operationen am Ureter führte v. H. nur die Ureterotomie bei Stein und bei zystischer Erweiterung des vesikalen Ureterendes aus, beide mit Erfolg. Die plastischen Operationen am Ureter und Nierenbecken sind nur einer kleinen Zahl von Fällen vorzubehalten, zumeist ist die sekundäre Veränderung der Niere schon eine so hochgradige, daß es zweckmäßiger und für den Patienten einfacher ist, die Niere zu entfernen. Die auch experimentell festgestellte hochgradige Toleranz des Nierenparenchyms zeigt sich am besten in Fällen, bei denen mehrfache Eingriffe an beiden Nieren notwendig werden. Der vorgezeichnete Weg für alle Nieren-Ureteroperationen ist der retroperitoneallumbale, doch sind Bedenken gegen den transperitonealen Weg nicht vorhanden, wenn eitrige Prozesse der Niere davon ausgeschlossen werden, und prinzipiell ohne Drainage zugenäht wird. Kautz (Hamburg).

705. **Über die Nephrose;** von Schlayer. (Med. Klin. 1918. Nr. 3. S. 53.)

Auf Grund seiner Ausführungen kommt Schl. zu dem Schlusse, das sozusagen die Nephrose an dem einen Ende, die akute Glomerulonephritis am andern Ende der Linie steht, daß sie aber zusammenhängen durch eine fortlaufende Reihe von Verbindungsgliedern und nichts grundsätzlich Wesensverschiedenes, sondern ein Wesensgleiches, nur quasi quantitativ Existierendes von dem gegebenen allgemein-pathologischen Standpunkt aus sind. Cordes (Berlin).

706. **Kasuistischer Beitrag zur Klinik der Nephrose;** von W. Stepp und Th. Petri. (Med. Klin. 1918. Nr. 10. S. 234.)

Ausführliche Fallgeschichte einer genuinen Nephrose, die mit gutem Erfolg durch Harnstoff- und Schilddrüsenbehandlung beeinflußt wurde. Für die Behandlung ist stets Bedingung eine gute Funktion der Nieren, auf die aus der Höhe des Rest-N. oder des Blutindikans geschlossen werden kann. Cordes (Berlin).

707. **Zur Radiographie der Steine der Harnblase;** von Goldberg. (D. med. Woch. 1918. Nr. 7. S. 184.)

G. empfiehlt unter Anführung einschlägiger Fälle, bei vorhandenem Verdacht auf Blasenstein, besonders auch bei Kindern mit undurchlässiger Harnröhre, *stets* die Radiographie als Ergänzung oder als Vorbereitung intravesikaler Encheirese heranzuziehen, ohne ihr die alleinige Entscheidung anzuvertrauen. Kadner (Dresden-Loschwitz).

708. **Harnröhrenverletzungen im Kriege;** von E. v. Hofmann. (Wien. med. Woch. 1918. Nr. 37. S. 1605.)

Von 15 Harnröhrenverletzungen wurden 12 operativ behandelt. H. bespricht Diagnose derselben: Spontanes Urinieren aus der Schußöffnung, Blutung aus der Harnröhre, Harnverhaltung mit erfolglosem Katheterismus. Harninfiltration. Aus den angeführten Fällen zieht er den Schluß, operativ einzugreifen, es sei denn teilweise Durchtrennung der Urethra, und glatte Wundverhältnisse, wo Verweilkatheter genügen kann. Sonst Freilegung der Urethra im Bereich der Durchtrennung, Wundtoilette, zirkuläre Naht. Verweilkatheter. Ist das zentrale Ende nicht auffindbar, retrograder Katheterismus nach Sectio alta. Wo sofortige Operation unmöglich, Katheterismus versagt, suprasymphysärer Blasenstich. Nachbehandlung mit Blasenspülungen, Harndesinfizientien per os, Verweilkatheter bleibt 10—14 Tage liegen. Zur Vermeidung von Strikturen wird bougiert. Thormählen (Hamburg-Eppendorf).

709. **Plastischer Verschluß größerer Harnröhrenfisteln;** von Rothschild. (D. med. Woch. 1918. Nr. 20. S. 632.)

R. empfiehlt bei größeren Harnröhrenfisteln gestielte Hautlappen aus der Haut des Penis zur Bildung einer Urethra; eventuell muß Haut aus dem Oberschenkel dazu genommen werden. Thormählen (Hamburg-Eppendorf).

710. **Zur Operation der Phimose;** von Schubert. (D. med. Woch. 1918. Nr. 19. S. 523.)

Den Phimosenoperationen nach Roser, Hagedorn und Schloffer haften in funktioneller resp. kosmetischer Beziehung gewisse Mängel an, auch das Verfahren von Langemak, das ein gutes funktionelles Resultat ergibt, birgt die Gefahr der leichten Verletzbarkeit der Narbe und der damit verbundenen Narbenschrumpfung in sich. Sch. beschreibt eine Operationsmethode, die anatomisch fast normale Verhältnisse schafft, sodaß ein Operierter von einem nicht Operierten ohne Auffindung der Narbe nicht zu unterscheiden ist. Thormählen (Hamburg-Eppendorf).

IX. Gynäkologie und Geburtshilfe.

711. **Quelques considérations statistiques;** von H. Hartmann and Yakchitch. (Ann. Gyn. et d'Obst 1918. Bd. 43. H. 1 u. 2. S. 40.)

Statistiken, berechnet aus einem Material von 908 Fällen, über 1. das Alter von Frauen mit Uterusmyomen und Karzinomen, 2. Anzahl Graviditäten vor der Operation und 3. Zusammentreffen von Karzinom und Myom der Gebärmutter. Die meisten Myome und Zervixkrebse kamen im Alter von 40—49, die meisten Korpuskrebse im Alter von 50—59 Jahren zur Beobachtung. Von den Frauen, die wegen Myom operiert wurden, waren 22% steril, von den Korpuskarzinomoperierten 10%, von den Zervixkarzinomoperierten 9%. Fehlgeburten sind häufiger bei Patientinnen mit Zervixkrebsen vorangegangen (35%), wie bei Kranken mit Korpuskrebsen (22%) und Myomen (29%). 48% der Frauen mit Uterusmyom hatten ein oder mehr Kinder geboren, 75% der Frauen mit Korpuskarzinom und 83% der Patientinnen mit Zervixkarzinom. Von den Patientinnen mit Uterusmyom kamen auf 100 Frauen 156 Kinder, gegen 182 auf 100 Frauen mit Korpuskarzinom und 231 auf 100 Frauen mit Zervixkarzinom. Unter den 682 Myomfällen kam in 2,3% Karzinom gleichzeitig im Uterus vor, 10mal Korpus- und 6mal Zervixkarzinom. Wahrscheinlich sind letztere Zahlen jedoch zu niedrig, da nur die exstirpierten Uteri genügend untersucht werden konnten und viermal nachträglich ein Amputationsstumpf nach subtotaler Exstirpation Karzinom auftrat. Lamers (Herzogenbusch).

712. **Die Befestigung der Eingeweide im Bauche überhaupt, sowie bei Mann und Frau im besonderen;** von Hugo Sell-

heim. (Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 80. S. 257. 1918.)

In bekannter geistvoller Weise bespricht S. das „Tonus-Turgorspiel" der Bauchmuskulatur einer-, der Eingeweide andererseits. Den sog. Aufhängebändern komme nur eine Art ordnunghaltende Bedeutung zu. Es wird nachgewiesen, daß der Frauenbauch in höherem Grad räumlich entfaltbar ist wie der Männerbauch; dieser ist wieder gegen äußere Einwirkungen widerstandsfähiger. Auch die Frage der aktiven Muskelexpansion wird besprochen. Zahlreiche Abbildungen erleichtern das Verständnis der Ausführungen.

Klien (Leipzig).

713. **Die Heilung der Hohlwarzen ohne Operation;** von Rißmann. (D. med. Woch. 1918. Nr. 25. S. 693.)

Die Hohlwarzen beruhen auf einer Entwicklungshemmung. Es ist möglich, dieses Leiden ohne Operation durch Dehnung der Grube und Ansaugen durch eine starke Milchpumpe in der Schwangerschaft gleich nach der Geburt zu beseitigen.

Thormählen (Hamburg-Eppendorf).

714. **Hat die Ovarientransplantation praktische Bedeutung?** von F. Unterberger. (D. med. Woch. 1918. Nr. 33. S. 903.)

Diese Frage ist unbedingt mit Ja zu beantworten, sofern nur die *Auto*plastik angewendet wird. Diese is, mithin indiziert in allen Fällen, in denen man beide Ovarien resp. Adnexe der Technik halber entfernen muß, sofern es sich nicht um maligne Entartung handelt, vor allem also bei doppelseitigem Pyosalpinx und gutartigen Eierstocktumoren. Es werden aus den entfernten Ovarien einige 1—2 mm dicke Scheibchen herausgeschält und diese während der Bauchnaht zwischen Rektus und dessen vorderer Scheide eingelegt. Nach einigen Monaten tritt die Menstruation wieder ein und ev. Ausfallserscheinungen hören auf. Beobachtungen bis zu 5 Jahren liegen vor, im ganzen in 19 Fällen. Nach dem 40. Jahre hat die Autoplastik keinen Erfolg mehr. Homoioplastische Transplantation (von einer anderen Frau) wäre nur indiziert bei infantilistischer oder sekundärer Ovarialatrophie post partum, wenn die Darreichung von Eierstockpräparaten nichts nützt.

Klien (Leipzig).

715. **Stralenbehandeling en haar voorloopige uitkomsten bij baarmoederkanker;** door G. F. Gaarenstroom. (Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1918. 2. Hälfte Nr. 9. S. 727.)

Erfahrung an 62 Fällen (1 operabler, 3 Grenzfälle, 23 leichte und 26 schwere inoperable Fälle und 9 inoperable Rezidive) im Alter von 29—73 Jahren, seit 1915. G. beschreibt ausführlich seine im Laufe der Jahre vervollkommnete Technik, eine kombinierte Röntgen-Radium-Mehrfelderbestrahlung. Die Röntgenstrahlen werden auch vaginal und sakral appliziert. Resultate sehr zufriedenstellend (Tabelle). Frei von klinischen Krebssymptomen sind jetzt 12 Frauen (darunter der eine operable Fall seit 14 Monaten; andere bis zu 26 Monaten); wenig verbessert sind 3, sehr viel verbessert 4; unverändert 3 und gestorben 31. 6 entzogen sich der Behandlung. Schädigungen kamen nur im Anfange in Form von Hautverbrennung vor; später eine einzige Scheidenmastdarmfistel infolge Gewebszerfall. G. würde nach vorbereitender Operation (Portioamputation, Abkratzung) auch operable Fälle in Zukunft ausschließlich bestrahlen. Jedenfalls prinzipiell prophylaktische Bestrahlung nach jeder Radikaloperation.

Lamers (Herzogenbusch).

716. **Haematocele retrouterina;** von D. J. Kamberg. (Inaug.-Diss. Amsterdam, März 1918. Verlag Dordrechtsche Drukkerij- en Uitgevers-Maatschappij. 100 S. u. LXXXIII; 10 Abb. u. 52 Temperaturkurven.)

Nach einer historischen Übersicht von Hippokrates bis Nélaton im ersten und seit Nélaton bis heute im zweiten Kapitel, in denen die verschiedenen Theorien und Ansichten einer eingehenden Kritik unterzogen werden, behandelt K. ausführlich 73 derartige Erkrankungen, die in den Jahren 1896—1904 in der Amsterdamer Univ.-Frauenklinik von Treub zur Beobachtung kamen und deren Krankengeschichten im Anhang vollständig abgedruckt sind. Besondere Kapitel sind dem Ovarium und der Tube bei Haematocele retrouterina, der Therapie und deren Erfolge gewidmet. — Literatur im Text.

Lamers (Herzogenbusch).

717. **Zur operativen Behandlung des Gebärmutter-Scheidenvorfalls;** von Benzel. (Münchn. med. Woch. 1918. Nr. 33. S. 902.)

Die besten Dauerresultate mit 85—92% Heilungen ergab die Kombination von Scheidenplastik mit Alexander-Adams. (Vergleiche mit irgendwelchen ventrofixierenden Operationen konnten nicht angestellt werden, da diese Operationen nicht ausgeführt wurden — Ref.) Weniger gut waren die Resultate der Kombination mit der Vaginifixur, 70% Heilungen. Die Erfolge der wenigen Fälle, bei denen Totalexstirpation des Uterus mit vorderer und hinterer Kolporrhaphie angewendet wurde, waren durchaus gute; es handelte sich um Frauen im Durchschnittsalter von über 51 Jahren mit Totalprolaps.

Klien (Leipzig).

718. **Zur Heilung der Kraurosis vulvae;** von P. Mathes. (Wien. klin. Woch. 1918. Nr. 37. S. 1009.)

Ein neuer Fall, in dem die kreuz und quer streifenförmige Verbrennung der erkrankten Teile bis an die Grenze der gesunden Haut mittels Paquelin in Narkose zur Heilung geführt hat.

Klien (Leipzig).

719. **Der Einfluß von Allgemeinerkrankungen des Körpers auf die weiblichen Genitalorgane;** von M. Walthard. (Münchn. med. Woch. 1918. Nr. 37. S. 1024.)

Bei Funktionsstörungen der Genitalien ohne lokalen Befund muß man sich bemühen, zur ätiologischen Diagnose und damit auch zur ätiologischen (nicht lokalen) Therapie zu gelangen. Die Blutbahn vermittelt die Störungen im Erfüllungsorgan, sei es nun daß bakteriologische Gifte oder Produkte erkrankter Blutdrüsen dorthin getragen werden und entweder eine erregende Wirkung (Hypertonie, Hypersekretion, Hypermenorrhöe) oder eine lähmende (Amenorrhöe, Oligomenorrhöe) herbeiführen. So können z. B. schon vor dem Auftreten manifester Basedowsymptome profuse Menses auftreten, welche mit fortschreitender Krankheit immer schwächer werden. Von großer Bedeutung für die genitalen Blutungsverhältnisse ist auch die Tuberkulose: Menorrhagie ist oft ein Frühsymptom der Nierentuberkulose. Einwirkung der Kohlensäureüberladung des Blutes bei Herzfehlern usw.

Klien (Leipzig).

720. **Pubertät, Klimakterium;** von H. Fehlinger. (Zeitschr. f. Sexualwissensch. 1918. S. 165.)

F. stellt eine Reihe von Angaben zusammen über den Zeitpunkt des Eintretens der Geschlechtsreife und das Aufhören der Fortpflanzungsfähigkeit bei den verschiedenen Völkern.

Jolly (Halle).

721. **Ester-Dermasan-Tabletten in der Gynäkologie**; von Flatau. (Münchn. med. Woch. 1918. Nr. 11.)

Die Glyzerinersatzstoffe, Perglyzerin und Perkaglyzerin, sind als Tränkungsmittel für vaginal einzuführende Tampons nicht zu gebrauchen, da sie den meisten Kranken ein lästiges Brennen verursachen. Gelatine-Vaginalkapseln, mit Ester-Dermasan gefüllt, hatten sich ja seit langem eines guten Rufes als wirksames, schmerzlinderndes und resorptionsförderndes Mittel in der sogen. kleinen Gynäkologie erfreut; aber sie sind durch den Mangel an Gelatine zurzeit unmöglich geworden, ebenso wie ähnlich wirkende Azetonalvaginalkugeln. Die Anwendung der Ester-Dermasan-Tabletten ist höchst einfach. Die Kranke legt sich beim Zubettgehen alle 24 Stunden 1 oder 2 Tabletten tief in die Scheide ein. Unter dem Einfluß der Körperwärme lösen sich die Tabletten im Vaginalschleim unter langsamer Kohlensäureabspaltung auf und überziehen Portio und Scheidengewölbe mit einer salbenartigen Masse. Bevor am nächsten Abend neue Tabletten eingeführt werden, lasse man die Scheide mit irgendeiner warmen Lösung ausspülen. Dieselben Tabletten können mit zufriedenstellendem, palliativem Erfolge auch bei allen Arten von Fluor aus Zervix und Vagina verwendet werden, an Stelle der Boluspulverbehandlung. Die Einführung der Tabletten ist auch für die unerfahrenste und einfachste Patientin begreiflich und ausführbar, während der Gebrauch von Einbläsern irgendwelcher Konstruktion sehr oft an den Tücken dieser Instrumente scheiterte. Bachem (Bonn).

---

722. **Over de behandeling en het ontstaan der loslating van de normaal ingeplante placenta in de zwangerschap**; door K. de Snoo. (Geneesk. Bladen Bd. 20. H. 5. S. 141. 1918.)

Eingehendes Studium der Behandlung, des klinischen Verlaufes und der Entstehung der vorzeitigen Lösung der normal inserierten Placenta, an Hand von 31 selbstbeobachteten Fälle totaler und 26 teilweiser Lösung. Sämtliche Fälle sind übersichtlich in zwei Tabellen zusammengestellt; von den meisten wird kurz die Krankengeschichte mitgeteilt. Totale mütterliche Mortalität: 4 von 57, d. i. 7%; seit Einführung der konservativen Behandlung jedoch nur 2 von 42 = $4^1/_4$%. Die mit teilweiser Lösung sind alle geheilt. Von den 57 Kindern wurden 14 lebend geboren = 24,6%, von denen 10 im Leben blieben, d. i. 17,5%. Mortalität der Kinder infolgedessen 82,5%. Die meisten Kinder sind unausgetragen und häufig nicht genügend lebensfähig; die totalen Lösungen finden aber anscheinend im allgemeinen in einem späteren Stadium der Schwangerschaft statt wie die teilweisen.

Ursache der vorzeitigen Lösung ist eine Blutung in der Decidua basilaris oder spongiosa *bei hohem Blutdruck*. Damit stimmt überein, daß man Infarkte der Plazenta findet besonders bei Frauen mit Hypertension, mit oder ohne Albuminurie. Degenerative Prozesse spielen höchstens eine untergeordnete Rolle und sind dann noch aufzufassen als Folge der Hypertension. Je länger der erhöhte Blutdruck besteht, um so größer ist die Gefahr für ausgedehnte Blutungen und folglich für Lösung der Plazenta. Darin liegt die Ursache, daß die Lösung besonders Frauen trifft mit chronischer Nephritis und primärer Hypertension und viel weniger häufig Patientinnen mit primären Schwangerschaftsintoxikationen, eventuell Eklampsie, bei denen die Blutdruckerhöhung nur kurz dauert. Damit stimmt auch das Vorkommen hauptsächlich bei älteren Frauen i. e. Multiparen, überein. Die Parität an sich ist nur von untergeordneter Bedeutung. Bei Frauen mit Hypertension tritt in den letzten Schwangerschaftsmonaten häufig Albuminurie auf, aber nicht immer. Deshalb fehlt diese Erscheinung in einer gewissen Anzahl von Fällen. Infolge des anfänglichen Blutverlustes fällt der Blutdruck und infolgedessen u. a. kommt die Blutung zum Stehen und wiederholt sich nur in seltenen Fällen. Da die normalerweise von den plazentaren Stoffwechselprodukten auf die Gebärmutterkontraktionen ausgeübte Hemmung nach totaler Lösung der Nachgeburt plötzlich in Wegfall kommt, tritt die Geburt meistens schnell ein und geht schnell von statten, während die Gefahr für atonische Nachblutung nach spontaner Geburt geringer ist wie nach jeder Art der Kunstgeburt. Deshalb soll die Behandlung der vorzeitigen Lösung der Nachgeburt *konservativ* sein. Lamers (Herzogenbusch).

723. **Über Frühgeburten**; von M. Reber. (Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte 1918. Nr. 27. S. 897.)

Man dürfe sagen, daß von gesunden Eltern stammende, gesunde Frühgeburten, auch wenn sie mit einem noch so kleinen Geburtsgewicht zur Welt kommen, sofern man sie am Leben erhalten kann, sich zu normalen, kräftigen Kindern entwickeln können. So gelang es, Frühgeburten mit wenig über 1000 g zu erhalten. Sie müssen täglich 120—140 Kal. pro Kilo Körpergewicht zugeführt erhalten. Kouveuse ist nicht nötig. Sämtliche von tuberkulösen und luetischen Eltern stammende Frühgeburten starben. Intensiver, lang andauernder Ikterus sowie asphyktische Anfälle geben eine schlechte Lebensprognose. Klien (Leipzig).

724. **Honderd keizersneden**; door G. C. Nijhoff. (Nederl. Maandschr. voor verlosk., en vrouwenz. en kindergeneesk. Bd. 7. H. 5. S. 259. 1918.)

83 mal wegen Beckenverengung, dabei 4 tote Mütter und 6 tote Kinder; 7 mal wegen Eklampsie, mit 2 tote Mütter und 2 tote Kinder; 5 mal wegen Placenta praevia mit 1 tote Mutter und 2 tote Kinder; 2 mal wegen multipler Myome und schließlich 3 mal aus anderen Gründen, alle mit Heilung und lebenden Kindern. — Die Indikationen und Erfolge werden näher besprochen. Bei 15 Frauen wurde die Operation zweimal, bei 3 dreimal vorgenommen, immer in klassischer Weise. — Tabelle. Lamers (Herzogenbusch).

725. **De uitwendige voorzorgskeering bij stuitligging in de privaat praktijk**; door J. B. F. van Gils. (Nederl. Maandschr. voor verlosk., en vrouwenz. en kindergeneesk. Bd. 7. H. 6. S. 318. 1918.)

G. stellt seine Erfahrungen mit der Behandlung der Steißlagen in seiner Privatpraxis auf dem Lande von 6264 Entbindungen, unter denen 207 Steißlagen waren, den von einigen holländischen Universitätskliniken und Hebammenschulen in letzter Zeit veröffentlichten Zahlen gegenüber und kommt zum Schluß, daß die prophylaktische äußere Wendung nicht zu empfehlen ist. Der Vorteil dieses Eingriffes ist für das Kind zweifelhaft, direkte Gefahr für das Leben des Kindes ist nicht ausgeschlossen. Für die Mutter ist der Eingriff keine Verbesserung. Fehldiagnosen und Mißlingen der Wendung, schon in der Klinik so häufig vorkommend, werden in der Hauspraxis noch zahlreicher sein. Einer systematischen, zweckmäßigen Durchführung der prophylaktischen äußeren Wendung stehen in der Privatpraxis große Beschwerden im Wege.

Lamers (Herzogenbusch)

726. **L'éclampsie après l'accouchement**; par E. Hauch. (Arch. mens. d'Obst. et de gyn. Bd. 6. H. 7—9. S. 224. 1917.)

Empfehlung sehr großer Aderläße, bis zu 1 Liter, je nach der Schwere des Falles, mit denen H. sehr gute Erfahrungen hatte. Ferner außer Narkotika und Serum auch Magenspülung und Verabreichung von 30 bis 45 g Rizinusöl durch die Sonde. Im ganzen kamen 50 Fälle von Eklampsie im Wochenbett zur Beobachtung. — Tabellen, Literatur. Lamers (Herzogenbusch).

727. **Over verlamming van een been na de baring;** door J. L. B. Engelhard. (Nederl. Tijdschr. voor verlosk., en gyn. Bd. 26. Nr. 4. S. 267. 1918.)

Ausführliche Mitteilung eines Falles linksseitiger Lähmung nach mühsamer Zangenentbindung bei einer 44jährigen Fünftgebärenden. Wahrscheinlich wurde der Kopf gewaltsam in Stirnlage durch den Beckeneingang gezogen. Jetzt nach einem Jahre ist immer noch eine Peroneuslähmung vorhanden, durch die die Frau mit den Fußspitzen schleppt. — E. geht auf die anatomischen Verhältnisse der Nervenplexus im kleinen Becken und die Möglichkeiten, durch die dieselben bei abnormen Kopflagen und operativen Geburten verletzt werden können, näher ein. Sechs photographische Abbildungen sind dem beigegeben. Aus der Literatur hat er 23 gut beschriebene Fälle sammeln können, von denen nur 5 und davon 3 nach späterer Geburt geheilt sind. In 12 ist selbst nach Jahren keine Heilung eingetreten. E. warnt davor, Angaben der Gebärenden über Schmerzen in den Beinen während den Wehen zu vernachlässigen.

Lamers (Herzogenbusch).

728. **Asdraaiing van den uterus, een typisch ziektebeeld in het puerperium;** door D. G. v. Hoytema. (Nederl. Maandschr. voor verlosk., en vrouwenz. en kindergeneesk. Bd. 7. H. 5. S. 239. 1918.)

v. H. beschreibt als Erster die Achsendrehung des Uterus als typisches Krankheitsbild im Wochenbett. Er hat in $1^1/_2$ Jahren vier sehr typische Fälle beobachtet, über die er ausführlich berichtet. Erscheinungen: am 6. bis 12. Tage eines vorher ungestörten Wochenbettes treten ganz plötzlich einige Zeit (Stunden) anhaltende kontinuierliche Schmerzen im Unterleib ein, mit Übelkeit und Kollapssymptomen. Die Temperatur, beim Beginn des Anfalles noch normal, steigt nach einigen Stunden mit oder ohne Schüttelfrost bis an 40 Grad oder weniger, fällt aber nach kurzer Zeit unter langsamem Schwinden der Schmerzen wieder ab. Dann ist die Wöchnerin wieder vollkommen gesund und objektive Erscheinungen bleiben nicht zurück.

v. H. geht näher auf die Entstehungsmöglichkeiten der Achsendrehung des Uterus ein. Im Wochenbett spielen ruckweise Seitenlagerung bei Stillversuchen und Passage voluminöser Fäkalmassen wahrscheinlich eine wichtige Rolle.

Der Zustand soll in leichterem Grade häufig vorkommen, wurde aber bisher, weil unbekannt, nicht beachtet. Behandlung, wenn überhaupt nötig, Eisblase und Morphium, eventuell manuelle Reposition in Narkose.

Lamers (Herzogenbusch).

729. **Über den Scheintod Neugeborener und über Wiederbelebung scheintot geborener Kinder;** von B. S. Schultze. (v. Volkmann's Samml. klin. Vortr. 1918. S. 262/63.)

Altmeister Sch. bespricht nochmals die Frage des Scheintodes auf Grund seiner früheren klassischen Darstellungen und hebt nochmals eindringlich die große Bedeutung der Schwingungen hervor, deren Technik genau beschrieben wird. Zwei diesbezügliche Abbildungen aus dem Jahre 1871 wären vielleicht besser durch neue ersetzt worden, in denen das unbedingt zum sicheren Festhalten notwendige Tuch mit abgebildet worden wäre. Klien (Leipzig).

730. **Weitere Vereinfachung des Dämmerschlafes unter der Geburt;** von P. W. Siegel. (Münchn. med. Woch. 1918. Nr. 33. S. 904.)

Das neue *Schema* für den Skopolamin-Amnesin-(Narkophin-Chinin) Dämmerschlaf ist jetzt folgendes:

Dämmerschlafbeginn:	$1^1/_2$ ccm Skop.	+	$1^1/_2$ ccm Amnesin.
$^3/_4$ St. nach „ „	$1^1/_2$ „ „	+	$^1/_2$ „ „
$1^1/_2$ St. nach „	$^1/_2$ „ „	+	$^1/_2$ „ „
$2^1/_2$ „ „ „	$^1/_2$ „ „		
$3^1/_2$ „ „ „	$^1/_2$ „ „		
$4^1/_2$ „ „ „	$^1/_2$ „ „	+	$^1/_2$ „ „
$5^1/_2$ „ „ „	$^1/_2$ „ „		
$6^1/_2$ „ „ „	$^1/_2$ „ „		
$7^1/_2$ „ „ „	$^1/_2$ „ „	+	$^1/_2$ „ „

und so fort, jede Stunde $^1/_2$ ccm Skop. „haltbar“. Jede dritte Skop.-Dosis wird mit $^1/_2$ ccm Amnesin kombiniert. Die Geburt erfolgt ohne Zusatz eines anderen Narkotikums. Nur 10% der Kinder kamen oligopnoisch, 0% apnoisch. Merkprüfungen der Kreißenden sind nicht mehr notwendig. Klien (Leipzig).

731. **Over het verband tusschen den leeftijd en den aard der verlossing bij eerstbarenden;** door Th. B. Philips. (Nederl. Maandschr. voor verlosk., vrouwenz. en kindergeneesk. Bd. 7. Nr. 6. S. 295. 1918.)

Nachprüfung der von Kouwer gefundenen Zahlen an dem Material der Leidener Universitätsklinik und Poliklinik. Ein so deutlicher, frühzeitig beginnender und regelmäßig zunehmender ungünstiger Einfluß des zunehmenden Alters auf die Geburt, wie Kouwer ihn gefunden, konnte nicht nachgewiesen werden. Zunahme im Gewicht des Kindes mit dem Alter der Mutter tritt nicht zutage. Ein Fünftel bis ein Viertel der in der Klinik geborenen Kinder Erstgebärender ist unausgetragen; nach dem 26. Lebensjahr ist fast ein Drittel unausgetragen. Einfluß des steigenden Alters der Frau auf die Geburt in bezug auf Verlängerung der mittleren Dauer, Zunahme der Zahl der Zangenentbindungen, Frequenz der Nachgeburtsblutungen und Häufigkeit der Schwangerschaftsalbuminurien wird mit dem 26. bis 27. Lebensjahr merkbar, in bezug auf die Zahl der Dammrisse schon einige Jahre früher. — Das Material umfaßt 2832 Erstgebärende. Die Resultate sind in 19 Tabellen übersichtlich zusammengefaßt.

Lamers (Herzogenbusch).

732. **Zogafscheiding der eerstbarige, in verband met haar leeftijd;** door B. J. Kouwer. (Nederl. Tijdschr. voor verlosk., en gyn. Bd. 26. H. 4. S. 297.)

Fortsetzung früherer Untersuchungen über den Zusammenhang zwischen Alter der Erstgebärenden und Art der Entbindung. Jetzt hat K. bei den Erstgebärenden seiner Klinik seit 1903 festzustellen versucht, wie es in verschiedenen Lebensaltern steht mit: gesamte und mittlere Milchproduktion in den ersten 12 Tagen des Wochenbettes, dem Tage, an dem der Säugling sein Minimum und an dem er von neuem sein Geburtsgewicht erreicht, und der Notwendigkeit der künstlichen Ernährung. Ferner hat er die Zahl der Mütter jeden Alters bestimmt, die am Ende des Wochenbettes mindestens 400 Gramm, also genügend, Milch produzieren. Das Resultat der Wahrnehmungen, in 10 Tabellen wiedergegeben, ist sehr interessant, obschon allerdings wegen der immerhin verhältnismäßig kleinen Zahl der Beobachtungen, etwa 700, und der unvermeidlichen Fehler

einige Vorsicht geboten ist. Die Stillfunktion wird mit zunehmendem Alter der Erstgebärenden weniger befriedigend. K. findet in diesem Tatbefund eine neue Stütze für seine Auffassung, daß zu späte Entfaltung der sexuellen Funktionen sich in Form weniger vollkommener Funktion aller anderen Organe, die dabei in Bezug kommen, rächt, und daß unter dieser „zu späten" Entfaltung schon das Auftreten der ersten Schwangerschaft *nach dem 24. bis 25. Jahre* verstanden werden muß. Er will aber nicht, daß diese Anschauungen zu allzu pessimistischen Auffassungen bezüglich der Prognose der Schwangerschaft, Geburt und Stillfunktion bei „alten" Erstgebärenden führen. Was letztere betrifft, gelten die Untersuchungsresultate nur für die ersten zwölf Tage des Wochenbettes. Viele von den Frauen, deren Milchsekretion in diesen Tagen ungenügend war, sind später noch zu vortrefflichen Ammen geworden.

Lamers (Herzogenbusch).

C. Bücherbesprechungen.

46. **Pathologie und Klinik der Nephrosen, Nephritiden und Schrumpfnieren.** *Einführung in die moderne klinische Nierenpathologie;* von Fritz Munk. Wien 1918. Urban & Schwarzenberg. 361 S. mit 27 Textabb. u. 4 farb. Tafeln. (Brosch. 18 Mk.; geb. 20 Mk.)

Die Johannes Orth gewidmete Arbeit soll „auch weiteren Kreisen die Möglichkeit geben, sich an der in den letzten Jahren in die Klinik gebrachten Bewegung auf dem Gebiete der Nierenerkrankungen zu beteiligen", womit ihr „der Charakter einer Einführung in die moderne Nierenpathologie aufgeprägt" wurde. Als Fortschritte oder besser Neuerungen der klinischen Nierenpathologie der letzten Jahre seien der Begriff der Nephrose und die heutige Auffassung der Schrumpfniere in ihren Beziehungen zum Gefäßsystem anzusehen. Es ist der Wunsch M.s, manchem der speziellen Forschung der Nierenpathologie fernstehenden Arzte die tröstliche Überzeugung zu verschaffen, daß die Entwicklung dieser Forschung sich nicht, wie es manchmal scheinen könnte, auf dem Wege befindet, die Klinik der Nierenerkrankungen komplizierter und schwieriger, sondern klarer und einfacher zu gestalten. Das inhaltreiche Buch sei warm empfohlen. Kadner (Dresden-Loschwitz).

47. **Röntgenologie.** *Eine Revision ihrer technischen Einrichtungen und praktischen Methoden;* von G. Holzknecht. 1. Teil: *Fremdkörper, Verletzungen, chronische Eiterung.* Berlin u. Wien 1918. Urban & Schwarzenberg. 576 S. mit 407 Textabb. (Geh. 30 Mk.; geb. 34 Mk.)

Das vorliegende Werk, aus den Anforderungen des Krieges geboren, stellt eine großzügige und eingehende Besprechung der gesamten Röntgenologie in ihren technischen Einrichtungen und praktischen Methoden dar. Unter der Führung H.s haben sich zur Erledigung der einzelnen Sondergebiete eine große Zahl in der Röntgenologie hervorragend bewährter Mitarbeiter zusammengeschlossen. Die Verf. haben es sich zur Aufgabe gestellt, den Gesamtstoff, dessen Behandlung in zwei Teilen gedacht ist, in erschöpfender, spezialistischer Bearbeitung kritisch und revidierend zu beleuchten. So finden auch, zusammengefaßt in einem einleitenden Teil, und verstreut in den einzelnen Abschnitten, die rein technischen Fragen des Röntgenpersonals, Ärzte, Schwestern und andere Hilfskräfte, des Arbeitsraums und des gesamten Instrumentariums eine eingehende Berücksichtigung. Den Hauptabschnitt in dem nunmehr vorliegenden ersten Teil nehmen die Besprechungen des gesamten Röntgenverfahrens mit besonderer Berücksichtigung der Kriegsverletzungen ein. Der Bedeutung entsprechend hat das Kapitel der Fremdkörperlokalisation eine Bearbeitung gefunden, wie sie bisher auch nicht annähernd gegeben ist. Nach einer Anweisung zur Ausführung der früheren und beibehaltenen Lokalisationsmethoden werden noch besonders die frontalen Aufnahmen des Rumpfes und seiner Gelenke besprochen, wie sie sich zur Fremdkörperdarstellung als eminent wichtig gezeigt haben. Mit einer kurzen Besprechung des Dreiplattenverfahrens, der Hautrmarkierung und Tätowierung wird übergeleitet zu einer systematischen Darlegung der Methoden der Fremdkörperlokalisation, die erschöpfend vom geometrischen und anatomischen Gesichtspunkt behandelt wird. Der Abschnitt schließt mit einigen ausgewählten Kapiteln aus der speziellen Fremdkörperdiagnostik, den Fremdkörpern im Bulbus, der Motilitätslokalisation im Brustkorb und der anatomischen Orientierung im Herzen. Ein weiteres Kapitel betrifft die Röntgenoperation. Anknüpfend an die erste Mitteilung über dieselbe von Grünfeld 1904 werden die Methoden selbst besprochen, von denen zu nennen wären die operative Aufsuchung der Fremdkörper unter unmittelbarer Leitung des Röntgenlichts-Punktion, Harpunierung und die Operation unter direkter Leitung des Schirmbildes. In dem folgenden Abschnitt über die chronische Eiterung werden zunächst die wichtigsten Grenzfälle und Varietäten des Skeletts angeführt, die Kallusentwicklung, die diagnostische und therapeutische Bedeutung der feineren Details der Frakturbilder und die Kalluslücke in ihren Formen und ihrer Bedeutung für die Heilung der chronischen Knocheneiterungen erörtert. Besonderer Besprechung werden die Kieferverletzungen und die radiologische Darstellung der Ursprünge von Fistelgängen mittels Schmelzstäbchen gewürdigt. Als Schlußkapitel finden wir endlich eine umfassende Abhandlung über die Röntgenologie im Frontspital.

Das reichhaltig ausgestattete Werk, das mit dem Ende des Weltkrieges seinen Abschluß fand, kann als erschöpfende Besprechung der gesamten Kriegsröntgenologie angesehen werden. Daneben hat es für die Friedensarbeit des Röntgenologen eine Fülle von Anregungen und umfassende Reorganisationen geschaffen, die ihm einen hervorragenden Platz unter den Sammelwerken modern und gründlich arbeitender Röntgeninstitute sichern. Kautz (Hamburg).

48. **Die Heilerfolge der Nervennaht und und sonstiger Operationen an mehr als 1500 verletzten Extremitätennerven;** von G. Ranschburg. Berlin 1918. S. Karger. 194 S. mit 51 Abb. im Text u. 10 Taf. (11 Mk.)

Das reiche Material R.s entstammt der Nervenabteilung an der Nachbehandlungsanstalt Révészutca des kgl. ungar. Kriegsfürsorgeamtes in Budapest. Die Arbeit zerfällt in 3 Hauptteile: 1. Die Heilerfolge der Nerven-

naht, Plastik, Pfropfung und sonstiger Methoden der operativen Vereinigung total durchtrennter Nerven. 2. Die Heilerfolge der Neurolyse. 3. Die Heilerfolge der partiellen Nervennaht. Je frischer ein Fall zur Nervennaht kommt, um so wahrscheinlicher ist der Eintritt der Besserung innerhalb einer absehbarer Zeit zu erwarten. Die günstigste Phase für den Wiedereintritt der Motilität ist die Grenze des ersten Jahres, das letzte Viertel desselben. Wagner (Leipzig).

49. Anleitung und Indikationen für Bestrahlungen mit der Quarzlampe „Künstliche Höhensonne"; von H. Bach. 4. ergänzte Aufl. Würzburg u. Leipzig 1918. Curt Kabitzsch. 128 S. mit 18 Abb. im Text. (Brosch. 7 Mk.)

Die schon in 4. verb. Aufl. vorliegende Schrift bedarf keiner weiteren Empfehlung. B. hat in Bad Elster reichlich Gelegenheit gehabt, die Vorzüge der künstlichen Höhensonne kennen zu lernen und ihre Anwendungsweise bei den verschiedensten Erkrankungen zu studieren. Besonders bemerkenswert sind die Erfolge bei der Anwendung der künstlichen Höhensonne im Kriege. Die Lichtbehandlung erzielt: schnelle Vernarbung und gut widerstandsfähige Narben, rasche Einschränkung profuser Eiterabsonderung, schnelle Reinigung der Wundflächen, gutes Anlegen der Schußkanäle und Höhlenwunden; rasche Resorption blutiger und seröser Infiltrate in der Umgebung von Verletzungen; fast ausnahmslos Herabsetzung der Schmerzen, ja bis zum völligen Verschwinden derselben. Wagner (Leipzig).

50. Diagnostik und Therapie der Kinderkrankheiten mit speziellen Arzneiverordnungen für das Kindesalter. *Ein Taschenbuch für den praktischen Arzt;* von F. Lust. Berlin u. Wien 1918. Urban & Schwarzenberg. 488 S. (Geh. 12 Mk.; geb. 14 Mk. 50 Pf.)

Das Buch entspricht den Bedürfnissen des praktischen Arztes, der sich rasch in Augenblicken der Unsicherheit über therapeutische Maßnahmen im Kindesalter Rat holen will. Als Einleitung ist dem eigentlichen Text vorangesetzt ein Überblick über die normale Entwicklung des Kindes sowie eine Darstellung der Säuglingsernährung. Der eigentliche Stoff ist in 3 Teile gegliedert, deren erster in systematischer Zusammenstellung die Behandlung der einzelnen Erkrankungen abhandelt, während im zweiten und dritten die therapeutische Technik und die Arzneiverordnung in alphabethischer Reihenfolge den Bedürfnissen der Praxis entsprechend genau zusammengestellt ist. Das Buch wird namentlich denjenigen Kollegen willkommen und von Nutzen sein, welche durch den Krieg genötigt waren, hier längere Zeit die praktische Kinderheilkunde zu vernachlässigen. Die kurzen diagnostischen Bemerkungen, welche im systematischen Teil den therapeutischen vorangestellt sind, können und sollen natürlich ein Lehrbuch nicht ersetzen. Manchem werden sie aber auch willkommen sein. Brückner (Dresden).

Kleine Mitteilungen.

Der im Jahre 1895 gegründete *Verein für ärztliche Fortbildungskurse in Berlin* hat nach einer durch die Kriegszeit erzwungenen Pause seine Tätigkeit wieder aufgenommen. Zur Bewältigung der außerordentlich gesteigerten Anforderungen, die der Zeiten Not an die Heranbildung des ärztlichen Nachwuchses stellt, ist sein Arbeitsgebiet bedeutend erweitert und ausgebaut worden. Der Lehrkörper besteht jetzt aus etwa 100 wissenschaftlich tätigen und bewährten, sowie seit langer Zeit als Fortbildungslehrer wirkenden Berliner Fachärzten, die, nach Disziplinen geordnet, einen sich selbst verwaltenden Lehrerbund bilden.

Der Verein erblickte sine Hauptaufgabe darin, jungen Medizinern in Ergänzung des Universitätsstudiums, das im wesentlichen theoretisches Wissen vermittelt, *eine durchaus praktische Ausbildung* zu geben. Das soll nicht durch Vorträge, sondern wie bisher in der Weise erreicht werden, daß bei engbegrenzter Schülerzahl *jeder einzelne Teilnehmer Gelegenheit zu eigener, praktischer Betätigung* und die unbeschränkte Möglichkeit erhält, sich mit den gebräuchlichen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen, sowie allen erforderlichen technischen Hilfsmitteln vertraut zu machen. Aber auch das Bedürfnis des *bereits länger in der Praxis* stehenden Arztes, seine Kenntnisse wieder aufzufrischen und neu geschaffene Untersuchungsmethoden sich anzueignen, findet ebenso Berücksichtigung wie der Wunsch nach Sonderausbildung in einem *Spezialfach* durch entsprechenden langfristigen Unterricht.

Das Vorlesungsverzeichnis ist durch das Sekretariat des Vereins: *Medizinische Buchhandlung Otto Enslin*, Berlin NW. 6, Karlstr. 31, erhältlich (Tel. Norden 4858).

Unter den zahlreichen gegen Keuchhusten empfohlenen Mitteln hat sich neuerdings das Extrakt der Drosera rotundifolia (Sonnentau) bewährt, besonders in Form des *Droserins*, eines milchzuckerhaltigen Extraktes der genannten fleischfressenden Pflanze. Man hat sogar dieses Produkt als Spezifizum gegen Keuchhusten bezeichnet. Droserin ist dabei nicht nur unschädlich, sondern wird auch seines angenehmen Geschmackes wegen leicht und gern selbst von empfindlichen Kranken genommen. Die Anfälle gehen bald zurück, wenn das Mittel in der richtigen Dosierung gegeben wird; diese beträgt für Kinder unter 1 Jahr 2—3 stündlich (eventuell auch während der Nacht) 1 Tablette in Wesser gelöst. Älteren Kindern und Erwachsenen gebe man alle 2 Stunden 1—3 Tabletten.

Außer gegen Keuchhusten dient Droserin auch bei Bronchitis und Asthma. Mit einem Zusatz von Novocain und Suprarenin versehen kommt die Mischung als Supradroserincreme in den Handel und wird örtlich gegen Heufieber angewandt.

Hersteller: Dr. *R.* und Dr. *O. Weil*, Frankfurt a. M.

Für die Redaktion verantwortlich: Prof. Dr. Bachem in Bonn.
A. Marcus & E. Webers Verlag (Dr. jur. Albert Ahn) in Bonn. — Druck: Otto Wigand'sche Buchdruckerei G. m. b. H. in Leipzig.

SCHMIDTS JAHRBÜCHER

DER IN- UND AUSLÄNDISCHEN

GESAMTEN MEDIZIN

HERAUSGEGEBEN UNTER MITWIRKUNG VON

86. JAHRGANG BAND 329 HEFT 6
JUNI 1919

BONN
A. MARCUS & E. WEBERS VERLAG
Dr. jur. ALBERT AHN

Schmidts Jahrbücher

der

in- und ausländischen gesamten Medizin

86. Jahrgang | Band 329 | Juni 1919

A. Auszüge.

I. Augenheilkunde.

733. **Über Pseudotuberkulose durch Raupenhaare;** von E. v. Hippel. (Gräfes Arch. f. Ophthalm. Bd. 96. S. 134. 1918.)

Ein von v. H. wegen schwerer Tuberkulose enukleierter phthisischer Bulbus bot anatomisch das Bild der Pseudotuberkulose durch Raupenhaare mit zahlreichen subkonjunktivalen und skleralen Knoten mit Bruchstücken von eingedrungenen Haaren. Der von den Haaren genommene Weg wird anatomisch erforscht. Einer Unterbrechung der Deszemet entsprach ein Irisknoten. Durch eine Lücke der Pigmentschicht dringt ein Bindegewebszug zu einem zwei Haare enthaltenden Glaskörperknoten. Gleichzeitig bestand Papillenschwellung. Im Verlauf solcher Entzündungen kommen Netzhautabhebung und Phthisis bulbi vor. Den Bulbusbewegungen wird eine große Bedeutung für die Wanderung der Haare beigelegt. Filbry (Würzburg).

734. **Angeborene Aplasie der äußeren Augenmuskeln;** von Richard Cords. (D. med. Woch. 1918. Nr. 37. S. 1022.)

Der Patient hatte eine Ptosis und eine Parese sämtlicher äußerer Augenmuskeln. Hebung und Senkung als auch Rechts- und Linkswendung betrugen maximal 10°. Bei den Hebungen ist ein ziemlich starkes Muskelgeräusch zu hören, während es bei den andern Blickwendungen nur schwach ist. Konvergenzeinstellung ist nicht möglich. C. nimmt auf Grund des Fehlens des Konvergenzvermögens und des Funktionierens der inneren Augenmuskeln eine ungenügende Anlage der quergestreiften Muskulatur an, nicht eine mangelhafte Entwicklung oder das Fehlen der Muskelkerne. Schoeler (Berlin).

735. **Die moderne klinische Untersuchung des vorderen Bulbusabschnittes, ihre Technik und ihre Resultate;** von J. Stähle. (Münchn. med. Woch. 1918. Nr. 31. S. 833.)

Während die Handhabung von Instrumenten, wie Hornhautmikroskop und Nernstspaltlampe, die mittels stärkerer Vergrößerung wesentliche Fortschritte in der Untersuchung mit der fokalen Beleuchtung brachten, für den Nichtspezialisten zu umständlich, die Apparate selbst auch zu teuer sind, bringen die gedrängt gebaute, sehr lichtstarke Nernstlampe und die Handbinokularlampen große Vorteile für die Diagnostik des vorderen Bulbusabschnittes auch im Sprechzimmer des praktischen Arztes. Die fokale Beleuchtung mit dem einfachsten Instrumentarium (Beleuchtungslinse und Hartnacklupe) kann vorteilhaft modifiziert werden, indem man die Spitze des Lichtkegels auf die Iris einstellt und nun etwa eine Hornhauttrübung sich dunkel vom hellen Grunde abhebt. Eine zweite Modifikation, die Untersuchung im Reflex, besteht darin, daß der Arzt genau in die Ebene des reflektierten Strahles der Hornhaut vor der Fläche geht und so am Reflexbildchen leicht Unebenheiten der Vorderfläche erkennt. Die dritte erweiterte Methode ist die „diapupillare“ seitliche Beleuchtung, die der Erkennung von Anomalien des Pigmentstromas der Iris dient. Als Hauptergebnisse komplizierterer Untersuchungsmethoden wird der Betauung der Hornhauthinterfläche und des Fleischerschen Ringes bei Keratokonus gedacht. Filbry (Würzburg).

736. **Klinische Beobachtungen mit der Nernstspaltlampe und dem Hornhaut-Mikroskop. Über die Spezifität der einzelnen Beschlägeformationen der Hornhauthinterfläche bei einigen Iriserkrankungen. Die normale Histologie des lebenden menschlichen Glaskörpers;** von L. Koeppe. (Gräfes (Arch. f. Ophthalm. Bd. 96. S. 199 u. 232. 1918.

K. unterscheidet im Bilde der Nernstspaltlampe die gesamten Zellen (rote, weiße Blutkörperchen und Pigmentzellen) mit ihren Zerfallsprodukten und die fibrinösen Ausscheidungsprodukte, welche zu Tröpfchen-, Faser-, Sternchen-, Klümpchen- und Staubbeschlägen der Hornhauthinterfläche führen, deren Anordnung und Kombination so typisch seien, daß sie einen Schluß auf die Ätiologie der vorliegenden Iritis zulassen. Während bei tuberkulöser Iritis früh sternchen- und klümpchenförmige Beschläge auftreten, pflegen diese bei der luetischen gewöhnlich lange zu fehlen und es sind anfangs nur tröpfchen- und faserförmige Beschläge sichtbar. Ähnlich der Form der Tuberkulosebeschläge ist das Aussehen der Beschläge bei sympathischer Ophthalmie. Gonorrhöische und rheumatische Iritis, unter sich ähnlich, sind durch sehr kleine tröpfchen- oder staubförmige Beschläge, durch die breiige Beschaffenheit des Kammerwassers und durch ein feines Fibringerüst in der Vorderkammer ausgezeichnet. Feiner Pigmentstaub ist für traumatische Iritis charakteristisch. — Für den Bau des normalen Glaskörpers beweist die Spaltlampenuntersuchung: Die Delle, in der die Linse liegt, ist wellig. Häufig erinnern Bindegewebsauflagerungen am

hinteren Pol an die Tunica vasculosa lentis. Als physiologische Auflagerungen treten Bogenfasern, weiße Blutzellen, Pigmentzellen und Kristallbildungen auf. Der postlentikuläre Grenzraum erscheint optisch leer und von wechselnder Tiefe. Die vordere Grenzschicht ist ein Geäst von Längs- und Querfasern, nach sehr verschiedenen Typen. Die Fasern selbst zeigen keine fibrilläre Struktur mehr. Ferner sind feinere, drehrunde, fädige Bildungen und Zellen wahrzunehmen. Auch in den tieferen Glaskörperschichten zeigt sich der Bau aus verschiedenen frontalen Strukturebenen aus anastomosierenden Fasern, die an ihren Kreuzungspunkten protoplasmatisch verbunden sind. Eine Membrana hyaloïda ist hinter der Linse nicht zu erkennen. An der Linsenhinterfläche sind normalerweise keine Reste des Canalis hyaloïdeus vorhanden. Oft kombiniert mit Residuen des fötalen Gefäßsystems finden sich als angeborene Veränderungen alabasterglänzende Flecken, der Lenticonus posterior auf der Linsenhinterfläche, Fädchenkomplexe und pendelnde Einschlüsse im Grenzraume (bes. bei Hyperopie). Bei der „Altersdestruktion", nicht „Verflüssigung", ist der Wasserverlust der Fasern das Primäre, die erweiterten Maschenräume füllen sich dann mit „Hydrops ex vacuo". Bei der Altersform der Synchysis scintillans braucht keine Verflüssigung zu bestehen. Es handelt sich um amorphe Kügelchen aus Stearin- und Palmitinsäure. Filbry (Würzburg).

737. **Klinische Beobachtungen mit der Nernstspaltlampe und dem Hornhautmikroskop: Über die feinere Anordnung und das Verhalten der Lymphgefäße in der Conjunctiva bulbi und der Episklera unter normalen und pathologischen Bedingungen. Weitere Beobachtungen über die an der Nernstspaltlampe zu beobachtende glaukomatöse Pigmentverstäubung im Irisstroma;** von L. Koeppe. (Gräfes Arch. f. Ophthalm. Bd. 97. S. 1 u. 34. 1918.)

K. unterscheidet an der Bindehaut perivaskuläre Lymphscheiden, solitäre und Lymphgefäße im Limbusgebiet. Auch die feinsten Kapillaren haben Lymphscheiden; die Venen doppelt so dicke wie die Arterien. Selbst im Randschlingennetz sind perivaskuläre Lymphräume zu erkennen. Da kein Übergang des Saftlückensystems der Hornhaut in diese perivaskulären Lymphräume des Limbus nachweisbar ist, kann die eine solche Kommunikation annehmende Theorie v. Recklinghausens als unhaltbar gelten. Wichtig für die Lymphzirkulation sind abnorme angeborene und pathologische Pigmentierungen, wie Melanosis, Argyrosis, bei der bläschenförmige Epithelabhebungen vorkommen, und Blutungen, bei denen die Nähe der Gefäße pigmentfrei zu sein pflegt. — Bei bestehendem Glaukom oder Präglaukom, resp. vor dem Auftreten klinischer sonstiger Glaukomzeichen kann eine Verstäubung des Irispigmentes in das Irisstroma auftreten, im Sinne eines Pigmentzerfalls, nicht wie bei Diabetes einer Abstoßung von Pigmentzellen; für diese könnten trophoneurotische Störungen durch Halssympathikusalteration von kausaler Bedeutung sein; auf einer solchen kann ihrerseits auch Heterochromie mit Irisdepigmentation beruhen; und so bringt K. in der Tat Sympathikusstörung, Heterochromie und Präglaukom in jeder Kombination in Beziehung zueinander. Filbry (Würzburg).

738. **Über Faltung und Knickung der Hornhaut;** von E. Fuchs. (Gräfes Arch. f. Ophthalm. Bd. 96. S. 315. 1918.)

F. gibt anatomische Befunde von Faltung und Knickung der Hornhaut, wie sie bei und nach Staroperationen mit dem Messer entstehen können. Es gibt Aufbiegung des Lappens bis zur völligen Umkippung. Wichtiger als der Grad der Umklappung ist ihre Dauer. Der Stelle der Abknickung der Hornhaut entspricht eine Furche, nach einigen Tagen eine stichförmige Trübung. Faltung der Hornhautvorderfläche kommt nach Druckverbänden bei Netzhautablösung, bei lange bestehenden Hornhautfisteln und anderen mit Hypotonie einhergehenden Erkrankungen vor. An der Umbiegungsstelle können die Hornhautkörperchen zugrunde gehen, während Leukozyten einwandern; aber auch völlig umgedrehte Lappen können ohne Infiltration bleiben. Mit der meist bestehenden Entzündung im Augeninnern steht die Infiltration der Umklappungsfurche nicht im Zusammenhang. Filbry (Würzburg).

739. **Abortive Chemotherapie akuter Ophthalmoblennorrhöe;** von Paul v. Szily und Hugo Stransky. (Münchn. med. Woch. 1919. Nr. 2. S. 41.)

Zu weiterem Ausbau der Versuche von Szily gegen die Ophthalmoblennorrhoe, die zuerst mit homologer Vakzine, dann mit heterologer Vakzine ausgeführt werden, schließlich zur Anwendung von kolloidalen anorganischen Giftstoffen führten, haben S. und St. jetzt eine Lösung von Natrium chloratum 30,0, Calcium chlorat., 1,0 Aqu. dest. 100,0 angewandt. Bei 18 Blennorrhöe-Kranken wurden am 1. Tage 8 ccm intramuskulär in die eine, am 2. Tage ebensoviel in die andere Hinterbacke injiziert. Am 3. Tage wurden 5 ccm in der Mamillargegend der einen Seite, am 4. Tage ebensoviel in der Mamillargegend der andern Seite eingespritzt. Von den 18 Kranken war der Erfolg bei 5 Kranken ein ausgesprochen glänzender. Schon nach 6 Tagen konnten die Augen als geheilt angesehen werden. In 2 Fällen war nur das eine Auge erkrankt. Das andere blieb ohne Schutzverband von der Infektion verschont. Bei den 13 andern Kranken war die Wirkung nicht so verblüffend, bei 12 von ihnen aber immerhin die Besserung hochgradig und auffallend schnell. Auch die vorher vorhandenen Hornhautgeschwüre heilten gut. Die sonst übliche Behandlung wurde nebenbei ausgeführt. 5 mal kam es zu Glutäal-Infiltrationen, von welchen eine abzedierte. Diese Fälle zeigten die besten Erfolge in Bezug auf die Blennorrhöe. Schoeler (Berlin).

740. **Über luetische Chorioïditis;** von E. Fuchs. (Gräfes Arch. f. Ophthalm. Bd. 97. S. 85. 1918.)

In einem der anatomisch untersuchten Fälle von F. handelte es sich um angeboren-luetische Aderhautentzündung ohne für Lues charakteristischen Befund; in der Netzhaut fand sich nur leichte Lymphozyteninfiltration, ebenso hatte die im zweiten Fall, anschließend an syphilitische Iritis sich ausbildende Aderhautentzündung nichts Spezifisches, im dritten Fall straffes Bindegewebe und verödete Gefäße als Zeichen absoluter Entzündung nach Lues congenita der Aderhaut. Bei der erworbenen Lues des vierten Falles bestanden Exanthem, Iritis, Retinitis, Chorioïditis gleichzeitig. Luetische Gefäßveränderungen der Aderhaut des letzten Falles bestanden in hyaliner Wandverdickung, Intimaverdickung, Verwandlung der Gefäßwand in eine strukturlose Masse. Dabei war keine Entzündung vorhanden, die Netzhaut war frei. Das Bild ist also sehr wechselnd: Gefäßveränderung ohne Entzündung oder umgekehrt, die Entzündung diffus oder herdförmig, mit oder ohne Netzhautentzündung, auch letztere kann isoliert oder doch primär auftreten. Filbry (Würzburg).

741. **Über Wesen und Benennung der Gliome (Neuroblastome) des Auges;** von

B. Fischer. (Zentral.-Bl. f. allg. Path. u. path. Anat. Bd. 29. Nr. 20. S. 545.)

F. will die in frühestem Kindesalter auftretenden bösartigen Geschwülste der Retina, die man bisher Gliome nannte und den Sarkomen vielfach zurechnete, wegen der biologischen Unterschiede von den gutartigen, nicht metastasierenden, im späteren Lebensalter auftretenden Hirngliomen abtrennen und sie Neuroblastome nennen, da sie mit den Neuroblastomen des Sympathikus histologisch (beide bestehend aus zu Nekrose und Blutung neigenden Rundzellen und durch die embryonale Stufe ihrer Struktur charakterisiert) wie biologisch (beide im frühesten Alter auftretend, beide bösartig, beide früh metastasierend, und zwar beide besonders gern in Knochen und beide auffallenderweise sehr häufig primär doppelseitig) die weitestgehenden Analogien haben. Bemerkenswerterweise findet sich, entsprechend dem Parallelismus zwischen der Jugendform der Sympathikustumoren und den Neuroblastomen der Retina, auch zu den ausgereifteren Formen der Sympathikustumoren, nämlich den Ganglioneuromen oder chromaffinen Tumoren, ein Seitenstück in der wie diese ebenfalls gutartigen und im späteren Lebensalter auftretenden von Hippelschen Angiomatosis retinae oder „Angiogliomatosis“. Filbry (Würzburg).

742. **Über Fortschritte in der Augenheilkunde im Untersuchen, Behandeln und Unterrichten;** von O. Haab. (Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte 1918. Nr. 44. S. 1457.)

H. zählt die letzten, für Diagnose, Therapie und Demonstration wichtigsten Neuheiten in der Ophthalmologie auf. Zur seitlichen Beleuchtung wird eine Azoprojektionslampe benutzt. Die Binokularlupe, besonders die Gullstrandsche Nernstspaltlampe, vertieft die Untersuchung des vorderen Augenabschnitts; mittels bestimmter Vorrichtungen wird nach Kolppe damit ein stereoskopisches Mikroskopieren des Augenhintergrundes möglich. Die Augenspiegeluntersuchung wird durch Vogts rotfreies Licht bezeichnet, der Farbensinn durch Nagels Anomaloskop, der Lichtsinn durch das Adaptometer analysiert, das Gesichtsfeld nach Bjerrum viel genauer untersucht. Dem Unterricht dienen Wachsmoulagen, Projektionsapparate, das Episkop, Demonstrationsmikroskope, Glasnachbildungen von Augenkrankheiten. Für die Therapie sind die epochemachendsten Neuerungen die Westsche und die Totische Rhinodakryozystostomie (Entfernung des Tränensacks durch ein Fenster der lateralen Nasenscheidewand, Ableitung der Tränen zur Nase durch dieses Fenster) und Typhusbazilleninjektion bei Augenblennorrhöe, besonders der Erwachsenen (übrigens fast erfolglos bei Genitalgonorrhöe). Filbry (Würzburg.

II. Haut- und Geschlechtskrankheiten.

743. **Urologie, Haut- und Geschlechtsleiden;** von M. Joseph. (Jahresk. f. ärztl. Fortbild. 1918. April-Heft.)

In sehr glücklicher Form gibt J. einen Überblick über die wichtigsten Mitteilungen auf den in der Überschrift genannten drei Gebieten, soweit darin etwas Neues geboten wird. Er beginnt mit Nierenerkrankungen, unter denen die Koliknephritis und die Nephritiden insgemein besonders gewürdigt werden; an die Nierenveränderungen schließt sich die Betrachtung der Pyelitiden, Pyelozystitis, der Ureterenzysten, Ureterphimose, Ureterensteine an; über Blasengeschwülste und Schußverletzungen der Harnblase wird berichtet. Der umfangreichen Literatur der nervösen Blasenstörungen wird etwas ausführlicher gedacht; alsdann werden die Anomalien der Prostata und des Membrum virile abgehandelt. Beim Kapitel Gonorrhöe werden die Erfahrungen über Choleval, Zibosal mitgeteilt, das Terpentinverfahren wird erwähnt, über die Milchbehandlung berichtet, die Fulmargininjektionen haben sich auch dem Autor bewährt. Für chronische Gonorrhöe und Strikturen kommt die Heizsonde, vielleicht auch die Silberionthophorese in Betracht. Die Heißbäderbehandlung wird kurz gestreift und dann der Gonokokkenvakzinetherapie breiter Raum gewährt; die Therapie der weiblichen Gonorrhöe beschließt den Teil. Bei der Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten stehen die Beratungsstellen zur Diskussion. Allgemeine Betrachtungen leiten die Übersicht über die Syphilisliteratur ein. Beim Salvarsan werden die Ätherreaktion, die Arzneiexantheme, der Spätikterus und der Meningismus besprochen. Die Abortivbehandlung wird durch Reinfektionen erhärtet. Neue Quecksilberpräparate sind das Novasurol, Sarhysol und Hg-Olinal. Betrachtungen über luetische innere Organerkrankungen mitsamt Tabes und Paralyse unter spezieller Berücksichtigung der endolumbalen Therapie beenden das Kapitel. Beim Ulcus molle interessiert der günstige Einfluß der Malaria tertiana auf den Heilungsverlauf des Ulcus serpiginosum. Von hoher Bedeutung — auf dem Gebiete der Dermatologie — sind die Studien Iwan Blochs über das Problem der Pigmentbildung in der Haut. Durch Anwendung von Dioxyphenylalanin, die sogen. Dopareaktion, tritt eine Farbveränderung innerhalb der Epidermis und ihrer Derivate ein: das Stratum Malpighi, die Stachelzellenschicht, das Basalepithel des Follikeltrichters und die Zellen der Haarmatrix färben sich dabei intensiv dunkel, also lediglich die Zellenelemente epithelischer Abkunft. Die Dopareaktion kommt zustande durch die Oxydation des als Ragens verwandten Dioxyphenylalanins in dem Protoplasma gewisser Zellen und seiner Ausläufer. Bei der Vililigo fand Bloch ein Fehlen des normaliter im Basalzellenprotoplasma vorhandenen Ferments, der Dopaoxydase. Die Bronzefärbung der Haut bei der Addisonschen Krankheit beruht darauf, daß das sog. Melanin durch ein besonderes in den Epidermiszellen ruhendes fermentartiges Agens, die Dopaoxydase, aus einer aromatischen, dem Dioxyphenylalanin nahestehenden Vorstufe durch Oxydation und Kondensation gebildet wird. Der gleiche Körper ist aber auch die Vorstufe des Adrenalins. Fällt nun die spezifische Funktion der Nebennieren aus, so häuft sich jene Vorstufe oder Muttersubstanz im Blute an und wird in der Haut andauernd in Pigment umgewandelt.

Es folgen alsdann noch Erörterungen über Ekzeme, Ulcus cruris, urämische Dermatosen, schwarze Haarzunge, Schmieröldermatitiden und Melanodermitis, Quinckesches Ödem, Lymphogranulomatose, Erythrodermia leucaemica, Mycetoma pedis, Skorbut, Erysipel, Urobilinurie, Hydroa aestivale, Sklerodermie, Dermatomykosen und Pyodermien, Neurofibromatose, Erfrierung, Milzbrand, Lepra, Rotz, Lupus und Hauttuberkulose, die alle Zeugnis ablegen, daß die medizinische Wissenschaft, unbeirrt durch den Weltkrieg, vorwärts schreitet. Riecke (Göttingen).

744. **Erfahrungen mit der medikamentös-chirurgischen Behandlung der Trichophytie;** von Julius Heller. (Med. Klin. 1918. Nr. 16. S. 388.)

H. verwirft im allgemeinen die Röntgenbehandlung, denn er hat schwere Röntgenschädigungen öfters zu sehen bekommen. Systematische manuelle Epilation im Verein mit medikamentöser Behandlung bzw. Inzision von Abszessen gibt vorzügliche Resultate. Für ober-

flächliche Trichophytie verwendet er Pinselungen mit (Tt. Jodi 5,0, Acid. salic. 5,0, Spir. rect. 40,0) je 2mal täglich, bis Spannung der Haut erfolgt, dann Zink- oder Thiolzinkpaste. Nachbehandlung mit weißer Präzipitalsalbe oder mit (Hydrarg. sulf. rubr. 1,0, Lact. sulf. 10,0, Vaselin. flar 39,0). Bei Sykosis Epilation und $^1/_2$ — 1 ‰ Sublimat-Umschläge, Kataplasmen, heiße Dämpfe. Sobald allgemeine Schuppung auftritt: rote Quecksilbersalbe. Größere Knoten werden chirurgisch behandelt; exakt tamponieren und feucht verbinden!

Brauns (Dessau).

745. **Hämorrhagische Exantheme;** von Kadner. (Med. Klin. 1918. Nr. 19. S. 333.)

K. führt aus, daß die häufig beobachteten hämorrhagischen Exantheme bei Infektionskrankheiten, besonders die Kriegserkrankungen, eine Folge bestehender hämorrhagischer Diathese sind. Empfiehlt daher eine Diät mit Obst, frischem Gemüse, roher Milch zur Bekämpfung der Diathese. Cordes (Berlin).

746. **Zur Kenntnis der Pityriasis rubra (Hebrae);** von G. Nobl. (Wien. med. Woch. 1918. Nr. 13. S. 541.)

Der vorliegende Fall ist besonders bemerkenswert durch eine retikulierte Melanodermie an Rücken, Achselhöhlen, Abdomen und Oberschenkeln, sowie eine totale Alopezie, die bereits in den ersten Monaten vollkommen war, also vermutlich auf eine Fernwirkung des auslösenden Agens zurückzuführen ist, das die proliferative Tätigkeit des der Haaranlage dienenden Follikularepithels gänzlich zu unterbinden scheint. Brauns (Dessau).

747. **Urticaria appendicularis;** von E. Fuld (Med. Klin. 1918. Nr. 7. S. 161.)

In 3 Fällen wurde das Vorkommen von Urtikaria bei Patienten festgestellt, welche bei vorherigen Untersuchungen die Zeichen der Appendizitis gezeigt hatten. In einem vierten Falle verschwanden nach der Operation einer alten chronischen Appendizitis die urtikariellen Attacken. F. deutet diese Fälle als anaphylaktisch. Als hauptsächlich maßgebende Verdauungsstörung wären die Adhäsionen mit ihren teils mechanischen, teils nervösen Rückwirkungen anzusehen.

Brauns (Dessau).

748. **Ein seltener Fall von Urtikaria;** von Strauß. (Med. Klin. 1918. Nr. 13. S. 318.)

Ein Soldat erkrankt unter eindeutigen Erscheinungen an einer akuten Appendizitis. Nach Eröffnung der Bauchhöhle zeigten sich als Nebenbefund an sämtlichen Bauchorganen, die zu Gesicht kamen, zahlreiche kreisrunde, rote, glänzende Flecke von Erbsen- bis Fünfpfennig-größe. Unmittelbar nach beendeter Operation bemerkte man auf der Haut des Kranken eine typische, juckende Urtikaria, die nach drei Tagen restlos abheilte. Die Operationswunde heilte per primam. St. hält die roten Flecke für eine Urticaria interna und erblickt darin die Ursache der Appendizitis. Riecke (Göttingen).

749. **Über Ekzemprobleme;** von F. Lewandowsky. (Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte 1918. Nr. 12. S. 371.)

Wenn die Ekzemprobleme ihrer Lösung bis heute nicht wesentlich näher gekommen sind, so liegt das nicht zum wenigsten daran, daß sie von der Dermatologie allein überhaupt nicht zu lösen sind. Es bedarf der Mitarbeit der andern medizinischen Fächer, insbesondere der inneren Medizin und der medizinischen Chemie.

Ohne die Annahme einer besonderen und vermutlich rein epithelialen Disposition kommen wir für die Erklärung der chemisch bedingten Dermatitiden nicht aus. Hierbei ist nicht nur an chemische Reize im engeren Sinne zu denken, sondern auch an physikalische (Licht, Wärme, Kälte, Bakterien). Daß innere Ursachen zu Ekzem führen können, ist neuerdings bewiesen (Formalin). Ob innere Ursachen zu Erythem oder Ekzem führen, wird bedingt durch die Art der Überempfindlichkeit der Haut, vaskuläre oder epitheliale. Es ist sowohl für die artefizielle Dermatitis als auch für das Ekzem (immer im Sinne der Definition Rayers aufgefaßt) höchst wahrscheinlich, daß der primäre Vorgang sich in den Epithelzellen abspielt und daß die dort auftretenden Veränderungen erst den Anlaß zu Ödem und Entzündung geben. Nach Anschauung französischer Autoren ist das Ekzem eine Stoffwechselkrankheit, bei der giftige Produkte im Serum kreisen und auf überempfindlicher Haut Ekzem erzeugen. Alle hierauf bezüglichen Untersuchungen haben aber nichts Greifbares ergeben. Von Diathese, Arthritismus will L. nichts wissen. Er läßt die Diathese gelten im Sinne Blochs als histiogene Diathese, als Hautdisposition, als Überempfindlichkeit des Epithels. Das Wesen des Ekzems beruht auf einer angeborenen oder erworbenen Überempfindlichkeit des Epithels gegen Reize der verschiedensten Art, die von außen oder von innen her auf die Haut einwirken können. Brauns (Dessau).

750. **Über einen Fall von benignem Miliarlupoid (Boeck) und dessen günstige Beeinflussung durch spezifische Behandlung;** von Arthur Weiß. (Wien. med. Woch. 1918. Nr. 13. S. 552.)

Bei dem polymorphen klinischen Aussehen des behandelten Falles konnte die Diagnose nur mikroskopisch gesichert werden. Die von Boeck angegebene Arsentherapie wurde verlassen und mit günstigem Erfolge eine Tuberkulinbehandlung eingeleitet.

Brauns (Dessau).

---

751. **Das Problem des persönlichen Syphilisschutzes und seine Lösung;** von R. Kafemann. (Med. Klin. 1918. Nr. 3. S. 58.)

Empfehlung von Trisalven, ein Gemenge von Harzen, die durch eine Reihe balsamischer Körper in Lösung gebracht sind. Die eigentlichen Desinfizientien sind Phenolkamphor und Sublimat. Das fettlose Präparat soll völlig reizlos sein, nicht schmerzerregend und des Kamphorgeruchs entkleidet. Es fixiert die Desinfektionsmittel für eine Reihe von Stunden auf der gefährdeten Haut resp. Schleimhaut. Brauns (Dessau).

752. **Die frühzeitige Diagnose und Differentialdiagnose der Syphilis.** *Merkblatt für Truppenärzte;* von Zieler. (Münch. med. Woch. 1918. Nr. 6. S. 148.)

1. Jede Behandlung einer syphilisverdächtigen Erscheinung ist unzulässig, solange die Diagnose nicht sichergestellt ist.

2. Für das früheste Stadium ist die Wassermannsche Reaktion wertlos, hierfür kommt nur der Nachweis der Syphilisspirochäten in Betracht, der bei schon behandelten Krankheitsherden aber in der Regel nicht gelingt.

3. Alle verdächtigen Fälle sind daher umgehend und unbehandelt einer Spezialabteilung zur ambulanten Untersuchung zu überweisen.

Der häufigste Fehler ist der, daß typische oder vielleicht auch etwas veränderte syphilitische Primäraffekte als weiche Schankergeschwüre gedeutet und behandelt werden. Möglichst früh einsetzende Behandlung der Syphilis nach Sicherung der Diagnose ist unbedingt notwendig. Riecke (Göttingen).

753. **Die Kontagiosität der kongenitalen Lues;** von Werther. (Münch. med. Woch. 1918. Nr. 3. S. 71.)

Eine Auslese von 10 Fällen, die W. aufführt, widerlegt die Pfaundlersche Ansicht, daß die Ansteckung von seiten der Lues-congenita-Kinder nie oder äußerst selten vorkomme, gibt vielmehr Rietschel recht, der die entgegengesetzte Meinung ausgesprochen. Zweifellos entgehen viele Fälle solcher Übertragungen der Kenntnis; es werden manche Fehldiagnosen gestellt, da die extragenitale Sklerose häufig nicht als solche erkannt wird oder nach spontaner Abheilung vom Träger nicht mehr beachtet wird, oder die Fälle kommen mit Rezidiven oder Spätererscheinungen erst zur Kenntnis und werden stillschweigend als auf dem gewöhnlichen Wege erworbene Syphiliserkrankungen angesehen.

Brauns (Dessau).

754. **Die Kontagiosität der kongenitalen Lues;** von M. Pfaundler. (Münchn. med. Woch. 1918. Nr. 6. S. 161.)

Polemik gegen Werther (siehe voriges Ref.): Die Kontagiosität der kongenitalen Lues beim Säugling, verglichen mit jener anderer Infektionskrankheiten ist nicht sehr groß, sondern im ganzen recht gering. Der Ansteckungsgefahr bei kongenitaler Lues (Frühform) kann verhältnismäßig leichter vorgebeugt werden als bei den meisten anderen Infektionskrankheiten des Kindesalters (Masern, Keuchhusten u. dgl.).

Riecke (Göttingen).

755. **Soll man bei fraglichen Geschwüren der Geschlechtsteile eine prophylaktische antiluetische Kur einleiten?** von A. Stühmer. (D. med. Woch. 1918. Nr. 2 S. 41.)

St. bejaht diese Frage glatt, denn er meint, daß es meist gelingt, bei früh in Behandlung kommenden Primäraffekten durch eine einmalige Kur eine absolute Heilung (Sterilisation) herbeizuführen. Allerdings dürfe nicht bis zum positiven Wassermann abgewartet werden, denn dieser sei schon eine Sekundär-Erscheinung. St. verwirft auch für die Kur bei primärer Lues das Quecksilber, es veranlasse die Spirochäten, in eine Involutionsform überzugehen, deren Reaktionsfähigkeit auf Salvarsan geringer ist, daher Ausbleiben des Spirochätenfiebers nach Hg-Vorbereitung. Oder aber es wirke auf dem Wege über die Gefäße und veranlasse die Erreger, sich jedenfalls zum Teil an Orte zurückzuziehen, an denen sie dem später folgenden Mittel weniger gut erreichbar sind (Nervensystem). Die Kur soll sehr energisch durchgeführt werden, dann aber könne man sich für die primäre Lues auch mit einer einzigen Kur begnügen.

Brauns (Dessau).

756. **Intravenöse Methylenblauinjektion bei der akuten Urethritis gonorrhoica posterior und Zystitis;** von S. Reines. (Wien. med. Woch. 1918. Nr. 9. S. 246.)

10 g einer 2proz. wäßrigen Methylenblaulösung (Aq. destill.) werden jeden zweiten Tag intravenös injiziert bei akuter Erkrankung der Urethra posterior und des Blasenhalses; anderweite gonorrhoische Komplikation kontraindizieren die Behandlungsmethode. Durch 2—3 solche Injektionen wird eine vollkommene Klärung der zweiten Urinportion erreicht, erklärbar durch mittelbare Beeinflussung der Krankheitserreger. Nur als Hilfsmittel zur Beseitigung der erwähnten Komplikation, nicht als Heilmittel gegen Gonorrhöe überhaupt sind diese Methylenblauinjektionen zu betrachten.

Riecke (Göttingen).

757. **Die Cholevalbehandlung der Gonorrhöe;** von K. Kall. (Wien. klin. Rundschau 1918. Nr. 7/8. S. 40.)

Das Choleval wurde in 121 verwertbaren Fällen akuter und chronischer Gonorrhöe erprobt. Es wurden bei der chronischen Gonorrhöe damit bessere Resultate erzielt als bei der akuten, ein Umstand, welcher auf die adstringierende Wirkung des Mittels hinweist; es eignet sich daher Choleval vor allem zur Behandlung der ganz frischen das Gonorrhöe wegen seiner geringen Reizwirkung, sowie zur Nachbehandlung der Gonorrhöe wegen der adstringierenden Wirkung. Man soll sich vor Scheinheilungen bei Fehlen von Ausfluß und bei klarem Urin hüten. Das Choleval ist ein nicht sehr stark bakterizides Silberpräparat.

Riecke (Göttingen).

758. **Vorläufige Mitteilung über Behandlung weiblicher Gonorrhöe mit intravenösen Kollargolinjektionen;** von H. Menzi. (Münchn. med. Woch. 1918. Nr. 3. S. 71.)

Verwandt wurde eine 2% Lösung von Kollargol, und davon jeden 2. Tag steigend 2—10 ccm gegeben. Reine Harnröhrengonorrhöen, akute und subakute Fälle, chronische Urethralgonorrhöen, Zervixgonorrhöen, akut und subakut, Arthritis, Gonorrhöe von Graviden und Kindern gaben gute, zum Teil sehr gute Resultate, schlecht waren sie bei Adnexerkrankungen und ganz ungeheilt blieben chronische Gonorrhöen des Uterus.

Brauns (Dessau).

III. Hygiene.

759. **Über Ruhrschutzimpfung;** von Bürgers. (D. med. Woch. 1918. S. 464.)

Mit dem von Boehncke hergestellten Ruhrimpfstoff „Dysbakta" wurden gute Erfahrungen gemacht. Ernste Schädigungen wurden nie beobachtet. Die Morbidität der Geimpften verhielt sich zu der der Nichtgeimpften, die an denselben Orten unter den gleichen Lebensbedingungen waren, wie 1 : 3,3. Die Mortalität betrug bei den Geimpften 0%, bei den Nichtgeimpften 1,9%.

Koenigsfeld (Freiburg i. Br.).

760. **Ruhrschutzimpfung mit Dysbakta;** von Boehncke und Elkeles. (Münchn. med. Woch. 1918. Nr. 29. S. 785.)

Mit dem Namen Dysbakta wird ein polyvalenter bazillär-toxisch-antitoxischer Ruhrimpfstoff bezeichnet. Mit diesem Impfstoff wurden mehr als 100000 Personen geimpft, ohne daß in irgendeinem Falle eine dauernde Schädigung beobachtet wurde. Es kommen die allgemeinen und lokalen Impfreaktionen zur Beobachtung, die nicht wesentlich von denen der Typhusschutzimpfung abweichen. Am geeignetsten erscheint die dreizeitige Impfung mit 5—7tägigem Intervall. Erfolg: Herabsetzung der Mortalität auf fast 0% und wesentliche Milderung der Intensität der Erkrankungen. Der Wert der Schutzimpfung mit Dysbakta wird von 40 Berichterstattern hervorgehoben.

Geppert (Hamburg).

761. **Darf man während einer Typhusepidemie die Schutzimpfung vornehmen?** von A. Hegar und Wilhelm Möckel. (Münchn. med. Woch. 1918. Nr. 26. S. 695.)

Die Schutzimpfung kann ohne Schaden vorgenommen werden und dient wahrscheinlich zur Abkürzung und

Milderung der Epidemie. Zur Sicherung der Diagnose auf Typhus bei den Geimpften kann auch die Temperaturkurve der fieberfreien Zeit noch beitragen. Die Messungen dürfen daher nicht zu früh abgebrochen werden. Cordes (Berlin).

762. **Que faire en cas d'épidémie de choléra?** *Une médication causale du syndrome diarrhéique;* par V. Kuhne. (Revue méd. de la Suisse rom. 1918. Nr. 9. S. 555.)

Durch sehr große Gaben von Kaolin (Bolus alba) nach Stumpfs (Würzburg) Vorgehen wurden ausgezeichnete Erfolge erzielt. K. legt auch Kriegserfahrungen vor Nisch nieder. Die Kaolinbehandlung dehnte sich schließlich auf viele digestive Erkrankungen vorteilhaft aus und muß nun, empirisch durchgeprüft, unbedingt klinisches und ärztliches Interesse in hohem Maße beanspruchen. Die Dosen sollen hoch sein, so daß Einzeldosen von 250 g Wasser und 100 g Kaolin gegeben und fortgesetzt werden.

von Noorden (Bad Homburg).

763. **Weitere Versuche über Ausnutzung von Pilzeiweiß;** von P. Schmidt, M. Klostermann und K. Schelka. (D. med. Woch. 1918. Nr. 32. S. 873.)

Um die Ergebnisse früherer Ausnutzungsversuche mit Pilzmehl zu kontrollieren, wurde an einem mit gröberem Pilzmehl angestellten Versuch ein solcher angeschlossen mit Fortlassung des Pilzmehles *ohne* Ersatz durch anderes Eiweiß, um eine ausgesprochene Minusbilanz zu erhalten. Die erwartete Minusbilanz trat ein mit dem Ergebnis, daß das Befinden der Versuchsperson erheblich unter der Eiweißentziehung zu leiden hatte. Die Ausnutzungszahlen des Pilzstickstoffes, die bei früheren Versuchen 80—89% betragen hatten, beliefen sich nur auf 75,7%. Unentschieden wird gelassen, ob daran die grobgemahlene Beschaffenheit des Pilzmehles oder schlechte Ausnutzung desselben wegen Indisposition der Versuchsperson schuld war. Ausnutzungsversuche an einem Schwein zeigten ebenfalls, daß das Eiweiß der Pilze ebensoviel ausgenutzt wird, wie das der Kleie. Kadner (Dresden-Loschwitz).

764. **Zur Sputumdesinfektion;** von M. Kaiser. (D. med. Woch. 1918. S. 68.)

Der die Tuberkelbazillen enthaltende Spucknapf wird in einen Topf gestellt, der mit heißem Wasser gefüllt wird. Dazu wird frischer Ätzkalk gefügt. Die dadurch erzielten Temperaturen sind so groß, daß sie die Tuberkelbazillen, auch wenn sie in dickgeballten Auswürfen eingehüllt oder angetrocknet sind, abtöten müssen.

Koenigsfeld (Freiburg i. Br.).

765. **Entlausung mit Tetrachlorkohlenstoffgas;** von Baerthlein und Seiffert. (Münchn. med. Woch. 1918. S. 235.)

Die Entlausung mittels Tetrachlorkohlenstoffes erfolgt durch Vergasung der Flüssigkeit in Heißluftkammern. Es werden 50 ccm auf 1 cbm Rauminhalt gebraucht. Die Temperatur muß im Laufe der Sanierung 85° erreichen. Die Einwirkungsdauer des Tetrachlorkohlenstoffs beträgt 40 Minuten. Die Gegenstände sind locker und frei aufzuhängen. Läuse und Nissen werden unter diesen Bedingungen mit Sicherheit getötet.

Der Tetrachlorkohlenstoff ist nicht feuergefährlich. Er läßt sich durch Ventilation rasch und leicht aus der Kammer entfernen. Der Geruch des Mittels haftet den behandelten Gegenständen nicht an, sie können sofort wieder in Gebrauch genommen werden. Leder, Pelze, Kleiderstoffe, Farben, Metalle werden vom Tetrachlorkohlenstoff nicht angegriffen. Das Verfahren erfordert nur geringe Kosten und kann auch von ungeschultem Personal ausgeführt werden.

Koenigsfeld (Freiburg i. Br.).

766. **Untersuchungen über Treberbrot;** von Neumann. (Vierteljahrsschr. f. ger. Med. Bd. 55. H. 1. 1918.)

Bei dem jährlichen Abfall von 195000 Doppelzentnern Trockentrebern im Frieden, bzw. 58500 Doppelzentnern im Kriege, gehen in den Münchner Brauereien bei einem Pflanzeneiweißgehalt von 20% 124000 Doppelzentner Eiweiß, dabei 349 Doppelzentner an Fett mit ab. Es lag nahe, diese Mengen der menschlichen Ernährung zugänglich zu machen. Bei der erschwerten Resorbierbarkeit dieser Eiweißstoffe, wobei die Vermahlung von Spelzen und Gerstenkorn zu berücksichtigen ist, wurde eine besondere Art der Trennung ausgearbeitet. Durch mehrmaliges Ausmahlen der trockenen Treber und Abseihen wird das sog. Zervesinmehl gewonnen, das etwa 65% der ursprünglichen Trebermasse ausmacht. Durch 5- bzw. 10 proz. Zusatz des Mehls wird das sog. Treberbrot (I u. II) hergestellt. Trotz seines hohen Gehaltes an Eiweiß ist die Ausnutzung dieses Brotes gegenüber dem neuern Roggenbrot (mit 94% Mehl) eine ungünstige und zwar in Folge des hohen Gehaltes an *Rohfaser*, der die Ausnutzung erschwert. Der Verlust an Eiweiß beträgt

bei Treberbrot I: 34,4%,
„ „ II: 40,5%.

Mit 1000 g Brot wurde an ausnutzbarem Eiweiß dem Körper zugeführt:

bei Roggenbrot: 51,55 g,
„ Treberbrot I (5%): 54,45 g,
„ „ II (10%): 53,35 g.

Indes ist die vom Körper zurückbehaltene Eiweißmenge außerordentlich gering und beträgt bei dem jetzt rationierten Brotquantum von 250 g pro Tag bei Treberbrot nur 0,72 bzw. 0,45 g Eiweiß mehr als beim Roggenbrot. Die Herstellung und Zuführung des Zervesinmehles erscheint deshalb für den menschlichen Körpe nicht lohnend, da es mit 30—40% verloren geht, andererseits aber den Tieren, welche es besser auszunutzen vermögen, entzogen wird. Die Streckung des Brotes mit Trebermehl läßt sich nur durch die Kriegslage rechtfertigen. Allerdings läßt sich das Zervesinmehl gut verarbeiten, verursacht keine Beschwerden und kann zur Brotvermehrung beitragen. Es ist aber nur ein Zusatz von 5% wirtschaftlich. — Die eingehenden Vergleichstabellen eignen sich nicht zu so kurzer Wiedergabe. Kellner (Hubertusburg).

767. **Über die agressiven Wässer und ihre Bedeutung für die Wasserhygiene;** von Hartwig Klut. (Med. Klin. 1918. Nr. 17—19.)

Wässer von nachstehender chemischer Beschaffenheit besitzen keine praktisch in Betracht kommenden Metalle und Mörtelmaterial angreifenden Eigenschaften:

Eine am besten nicht unter sieben deutschen Graden betragende vorübergehende (Karbonat-)Härte des Wassers. Kein hoher Luftsauerstoffgehalt des Wassers, besonders bei einem geringen Karbonatgehalte. Bei sehr weichen und karbonatarmen Wässern — etwa unter 4 deutschen Graden — können schon geringe Sauerstoffmengen auf das Rohrmaterial nachteilig wirken. Niedriger Gehalt an Chloriden, Nitraten und Sulfaten. Abwesenheit von aggressiver Kohlensäure und Sulfiden (Schwefelwasserstoff). Reaktion gegen Lackmus und Rosolsäure schwach bis deutlich alkalisch. Abwesenheit von verseifbaren Fetten und Ölen, besonders bei Warmwasserleitungen und bei Kesselspeisewässern. Unverseifbare Mineralöle stören dagegen nicht. Dauernde Fernhaltung von vagabundierenden elektrischen Strömen.

Es werden dann die Maßnahmen besprochen, die die Metalle und Mörtelmaterial angreifenden Eigenschaften von Wässern beseitigen.

Koenigsfeld (Freiburg i. Br.).

B. Bücherbesprechungen.

51. **Immunität, Schutzimpfung und Serumtherapie;** von A. Dieudonné und W. Weichardt. 9. umgearb. Aufl. Leipzig 1918. Joh. Ambr. Barth. 230 S. (Geh. 10 Mk.; geb. 12 Mk.)

Das Buch soll eine zusammenfassende Übersicht über den jetzigen Stand der Lehre von der Immunität mit besonderer Berücksichtigung der Serumtherapie geben. Entsprechend den Fortschritten der Immunitätswissenschaft seit Erscheinen der letzten Auflage sind zahlreiche Ergänzungen, Verbesserungen und Einfügungen notwendig geworden. Neu eingefügt ist eine Zusammenstellung der zur Zeit hauptsächlich in den Verkehr gebrachten Impfstoffe und Sera.

Die sonst klare und übersichtliche Darstellung leidet darunter, daß in dem Abschnitt über aktive Immunisierung unter „Schutzimpfung" sowohl die prophylaktische, wie die therapeutische und diagnostische Anwendung des Impfstoffes verstanden wird. Es empfiehlt sich auch hier, wie es bei der passiven Immunisierung durchgeführt ist, eine getrennte Darstellung. Ich vermisse ferner wenigstens einen Hinweis auf die Therapie mit Rekonvaleszenten- und Autoserum, die doch gewisse praktische Erfolge aufzuweisen hat und theoretisch interessant genug ist, um in einem sonst vollständigen Buche über Immunität wenigstens erwähnt zu werden. Bei Lyssa müßte die Methode der Impfung mit verdünntem Mark besprochen werden. Vielleicht könnten in einer neuen Auflage auch die Versuche über Krebsimmunität und spezifische Tumorbehandlung etwas eingehender berücksichtigt werden.

Koenigsfeld (Freiburg).

52. **Lehrbuch der Bakteriologie;** von Ludwig Heim. 5. umgearb. u. vermehrte Aufl. Stuttgart 1918. Ferd. Enke. 605 S. mit 216 Abb. im Text und 14 mikrophotogr. Tafeln. (Brosch. 28 Mk.)

In den sechs Jahren, die seit dem Erscheinen der letzten Auflage vergangen sind, sind unsere Kenntnisse der Infektionskrankheiten beträchtlich erweitert und verbesserte Verfahren zum Nachweis ihrer Erreger und zur Diagnosenstellung ersonnen worden. Überall berücksichtigt H. fast die gesamte neu entstandene Literatur bis in die neueste Zeit. So sind die Abhandlungen über Spirochätosen, Fleckfieber, Pocken, Wundinfektionen, Genickstarre und andere Erkrankungen des Zentralnervensystems, Diphtherie, Typhus und Ruhr neu abgefaßt, die anderen entsprechend umgearbeitet worden. Wo es möglich war, ist, wie bisher, den Ansprüchen des Nichtmediziners und des Anfängers Rechnung getragen, ohne daß die Einheitlichkeit des Werkes darunter leidet. So wird auch die neue Auflage dem Studierenden und dem Laboratoriumsarbeiter ein treuer Führer, dem Vorgeschrittenen ein willkommener Ratgeber in Einzelfragen sein.

Besonders hervorgehoben sei die vorzügliche Ausstattung des Werkes und das — für die jetzige Zeit eine Seltenheit! — ausgezeichnete Papier, so daß der ziemlich hohe Preis des Buches gerechtfertigt erscheint.

Koenigsfeld (Freiburg).

53. **Serodiagnostik.** *Kurze Zusammenstellung der biologischen Reaktionen nebst einem Anhang über die wichtigsten Protozoen;* von M. Piorkowski. Berlin 1918. Richard Schoetz. 61 S. mit 11 Abb. (2 Mk. 50 Pf.

In kurzer klarer Fassung sind die Grundlagen der Immunitätslehre und die wichtigsten serologischen Reaktionen besprochen. Bei der praktischen Ausführung der Serodiagnosen wird das Büchlein mit Vorteil verwandt werden. Koenigsfeld (Freiburg).

54. **Kritik der Methodik der Wassermannschen Reaktion und neue Vorschläge für die quantitative Messung der Komplementbindung;** von J. Kaup. München u. Berlin 1917. R. Oldenbourg. 175 S. (Geh. 5 Mk.)

Auf Grund eingehender Untersuchungen über die Prinzipien der Wassermannschen Reaktion und über die quantitativen Beziehungen ihrer einzelnen Komponenten zueinander hat K. eine neue Methodik ausgearbeitet, die vor allen Dingen auf der genauen quantitativen Bestimmung der Komplementeinheit beruht. Bei der Feststellung der Komplementeinheit wird die Extrakt- und Serumwirkung berücksichtigt, ein Komplementüberschuß beim Grundversuch wird vermieden. Bei der quantitativen Bestimmung der spezifischen Komplementbindung werden konstante Extrakt- und Serummengen verwandt. Es wird eine besondere Serumkontrolle mit ähnlich ansteigenden Komplementeinheiten angesetzt, die Extraktkontrolle wird durch eine Extrakt-Serumkontrolle ersetzt.

Durch vergleichende Untersuchungen mit der Originalmethode und mit anderen Methoden, sowie durch klinische Überprüfung wurde festgestellt, daß die beschriebene Methodik eine erhöhte Empfindlichkeit der Reaktion ergibt und daß unspezifische Hemmungen vermieden werden. Weitere Vorzüge sind die quantitative Wertung des Grades der spezifischen Einwirkung und die leichtere Durchführbarkeit der Reaktion infolge Beschränkung auf einen spezifischen Extrakt und Wegfall der Vergleichssera. Koenigsfeld (Freiburg).

55. **Probleme der Volksernährung.** *Eine Untersuchung über die Entwicklungstendenzen der Ernährungspraxis und der Ernährungswissenschaft;* von Alexander Lipschütz. Bern 1917. Max Drechsel. 74 S. (2 Mk. 80 Pf.)

Als materielle Grundlage für die Darstellung L's. haben vor allem die Ernährungsverhältnisse in Deutschland mit besonderer Berücksichtigung des Krieges gedient.

In keinem Lande ist der Verbrauch an Eiweißstoffen und der gesamte Kalorienverbrauch so gering, wie es dem zulässigen Laboratoriumsminimum entsprechen würde. Man muß vielmehr den durchschnittlichen Verbrauch um mindestens 50% höher annehmen, als der im Laboratorium berechnete ist. Das erklärt sich wahrscheinlich durch die Verluste, die die Nahrungsmittel auf dem Wege vom Produzenten zum Konsumenten, in der Küche und bei Tisch erfahren. Da der Nahrungsmittelverbrauch in Deutschland an Eiweiß zu 28,8%, an Fetten zu 41,7% und an Kohlehydraten zu 8,6% auf die Einfuhr angewiesen ist, ergibt sich, daß die Kriegsernährung vor allen Dingen Sparmaßnahmen einführen mußte, die die oben erwähnten Verluste an Nahrungsmitteln ausschalteten. Es zeigte sich, daß die

zur Verfügung stehenden Eiweißmengen um 33 %, die zur Verfügung stehende Kalorienmenge um 25 % geringer als der wirkliche Verbrauch waren. Dagegen bleiben die zur Verfügung stehenden Eiweißstoffe nur um 3 % hinter dem Bedarf zurück, während die zur Verfügung stehende Kalorienmenge den Bedarf sogar um 19 % übersteigt. Neben den Sparmaßnahmen ergab sich daher als weitere Folge für Deutschland eine Steigerung der inländischen Erzeugung, besonders von Eiweiß. Aber trotz aller Maßnahmen hätten gegenüber dem bisherigen Verbrauch die Eiweißstoffe und Kalorien um 10—15 % eingeschränkt werden müssen. Auf diese Weise hätten der Bevölkerung 26 % mehr Eiweiß und 44 % mehr Kalorien zur Verfügung gestanden, als dem berechneten Bedarf entspricht. In der Praxis gestalteten sich die Verhältnisse aber viel ungünstiger. Es zeigte sich, daß es ganz unmöglich ist, alle jene Momente zu vermeiden, die den Laboratoriumsbedarf zu einem höheren Verbrauchswert heraufschrauben. Der Bedarf des Volkes ist ausgedrückt durch seinen wirklichen Verbrauch, nicht aber durch den im Laboratorium ermittelten Bedarf. Man darf ferner nicht nur mit quantitativen Zahlen rechnen, sondern muß die qualitativen Wandlungen, die der Speisezettel im Kriege erfahren hat, auch berücksichtigen.

Es wird auch für kommende Friedenszeiten unmöglich sein, daß sich Deutschland in seinem Nahrungsmittelverbrauch von der Einfuhr aus dem Auslande unabhängig macht.

Die Erfahrungen des Krieges warnen uns, die Forschungen des physiologischen Laboratoriums zum ausschließlichen Maß für die Ernährungspraxis eines Volkes zu machen. Daher fordert A. eine *vergleichende* Ernährungslehre, die alle die Faktoren umfaßt, die außer den Gesetzen der Physiologie den Speisezettel bestimmen. Das sind die landwirtschaftliche Produktion, die Handelsbeziehungen mit anderen Völkern, die soziale Lage der einzelnen Klassen, die Art, wie man arbeitet und wohnt, mit andern Worten: die ganze Wirtschaft einer Menschengruppe.

Die weiteren Anschauungen L's., der „den herrlichen Sieg (!) der russischen Revolution" preist und das Heil nur in einer Zentralisierung des gesamten Ernährungswesens im Sinne einer staatlichen Kontrolle und einer staatlichen Leitung der gesamten Produktion und Verteilung der Nahrungsmittel erblickt, dürften auf berechtigten Widerspruch stoßen. Es ist hier nicht der Ort, sozialdemokratische Tendenzen zu widerlegen. Ich möchte nur ganz kurz darauf hinweisen, daß in diesem Augenblick die Hauptstadt der herrlichen russischen Revolution am Hungertod zugrunde geht. Im übrigen bin ich der Meinung, daß man in einem medizinisch-wissenschaftlichen Werk doch alle politischen Tendenzen beiseite lassen sollte. Man kann dabei leicht die wissenschaftliche Objektivität verlieren.

Koenigsfeld (Freiburg i. Br.).

56. **Das goldne Buch des Weibes;** von Reinh. Gerling. 6. Aufl. Berlin. Wilh. Pilz. 151 S.

Das Buch als Volksbuch gedacht, enthält für den Fachmann wenig Interessantes, dürfte aber dem Arzte, der junge Frauen zu beraten hat, manchmal als gutes Hilfsmittel dienen, um es in die Hand der Rat Suchenden zu legen. Cordes (Berlin).

57. **Die Pflege der Wöchnerin und des Säuglings.** *Unterrichtsbuch für Wochenpflegerinnen;* von Fritz Mann. 3. verb. Aufl. Paderborn 1917. Junkermannsche Buchh. 163 S. (Geb. 3 Mk.)

Das Buch bringt mit schöner Deutlichkeit die Technik der niederen Pflege und grenzt die Obliegenheiten der Pflegerin ab gegenüber dem Arzte und auch der Hebamme, die als Geburtshelferin von der Pflegerin nicht verdrängt werden darf und kann.

Cordes (Berlin).

Büchereingänge.

Alle der Redaktion zur Besprechung eingesandten Bücher werden hier aufgeführt. Eine anderweitige Verpflichtung kann die Redaktion nicht eingehen; sie behält sich in jedem Falle die Besprechung des Buches vor.

Adler, L., Die Radiumbehandlung maligner Tumoren in der Gynäkologie. Grundlagen, Technik und Erfolge nebst Bericht über 250 behandelte Fälle. Wien 1919. Urban & Schwarzenberg. 258 S. mit 11 Textfig. u. 7 farb. Taf. (br. 18 Mk., geb. 20 Mk.)

Armen-Direktion in Berlin. Formulae Magistrales Berolinenses. Berlin 1919. Weidmannsche Buchhandlung. 60 S. (2 Mk. 20 Pf.)

Arx, M., Evolution der organischen Substanz. Eine Studie, hervorgegangen aus der Kausalanalyse der menschlichen Beckenform. Olten 1918. Herm. Hambrecht Verlag. 56 S. mit 5 Abb. (3 Mk.)

Bechhold, H., Die Kolloide in Biologie und Medizin. 2. Aufl. Dresden 1919. Th. Steinkopff. 527 S. mit 69 Abb. u. 3 Taf. (br. 27 Mk., geb. 31 Mk.)

Birk, W., Leitfaden der Säuglingskrankheiten. Für Studierende und Ärzte. 3. umgearb. Aufl. Bonn 1919. A. Marcus & E. Webers Verlag. 269 S. mit 25 Abb. im Text. (geh. 9 Mk., geb. 11 Mk.)

Brun, H., Veraguth, O. u. H. Hössly, Zur Diagnose und Behandlung der Spätfolgen von Kriegsverletzungen. I. Lieferung. I. Teil. (Über das Wesen und die Behandlung der Pseudarthrosen, zugleich ein Beitrag zur Lehre von der Regeneration und Transplantation von Knochen, von Dr. Hans Brun, Luzern.) Zürich 1918. Rascher & Cie. 82 S. mit 127 Abb. (8 Mk.)

Brüning, H., Therapeutisches Vademekum für die Kinderpraxis. 2. vollkommen umgearb. Aufl. Stuttgart 1919. Ferd. Enke. 69 S.

Clasen, F. E., Varicen-Ulcus cruris und ihre Behandlung, ein Sonderfach für den praktischen Arzt. Berlin 1918. Urban & Schwarzenberg. 112 S. (2 Mk., 50 Pf.)

Gerson, A., Die Scham, Beiträge zur Physiologie, zur Psychologie und zur Soziologie des Schamgefuhls. (Abhandl. a. d. Gebiete d. Sexualf. Bd. 1. H. 5.) Bonn 1919. A. Marcus & E. Webers. 68 S. (Einzelpreis 4 Mk., Vorzugspreis 3 Mk.)

Hirsch, C., Wohnungselend und Tuberkulose. Über den Einfluß der Wohnung auf die Verbreitung der Tuberkulose. Tübingen 1919. H. Laupp'sche Buchhandlung. 31 S. (1 Mk. mit 30 % Teuerungszuschlag.)

Hoffa, A. u. R. Grashey, Verbandslehre. (Lehmanns medizinische Handatlanten Bd. 13.) 6. Aufl. München 1918. J. F. Lehmanns Verlag. 218 S. mit 167 Taf. und 209 Textabb. (12 Mk.)

Hoffmann, E., Die Behandlung der Haut- und Geschlechtskrankheiten. 2. vermehrte Aufl. Bonn 1919. A. Marcus & E. Webers Verlag. 149 S. (Geh. 5 Mk. 60 Pf., geb. 7 Mk. 20 Pf.)

Ilberg, G., Geisteskrankheiten. 2. Aufl. (Aus Natur und Geisteswelt 151. Bändchen.) Leipzig 1918. B. G. Teubner. 130 S. (1 Mk. 50 Pf.)

v. Jagič, N., Die diagnostische Verwertung des Leukocytenbildes bei Infektionskrankheiten. Nach Vorlesungen im Sommersemester 1918. Wien 1919. M. Perles. 48 S.

Kayser, R., Anleitung zur Diagnose und Therapie der Kehlkopf-, Nasen- und Ohrenkrankheiten. 9. u. 10. Aufl. Berlin 1919. S. Karger. 234 S. mit 137 Abb. (brosch. 7 Mk. 60 Pf., geb. 10 Mk.)

Kleinschmidt, H., Therapeutisches Vademekum für die Kinderpraxis. Berlin 1919. S. Karger. 196 S. (7 Mk. 40 Pf.)

Kraus, F., Die allgemeine und spezielle Pathologie der Person. Klinische Syzygiologie. Nach gehaltenen Vorlesungen. Allgemeiner Teil. Leipzig 1919. Georg Thieme. 435 S. (Geh. 20 Mk., geb. 22 Mk., mit 25% Teuerungszuschlag.)

Krische, P., Die Frau als Kamerad. Grundsätzliches zum Problem des Geschlechtes. Bonn 1919. A. Marcus & E. Webers Verlag. 92 S. (Geh. 3 Mk. 60 Pf. mit Teuerungszuschl. 4 Mk.)

Lassar-Cohn, Chemie im täglichen Leben. 9. Aufl. Leipzig 1918. Leopold Voß. 355 S. mit 22 Abb. im Text. (8 Mk. 60 Pf.)

Liebe, G., Die Lichtbehandlung (Heliotherapie) in den deutschen Lungenheilanstalten. Denkschrift auf Veranlassung der Vereinigung der Lungenheilanstaltsärzte. Mit einem Geleitwort von Ministerialdirektor Prof. Dr. Kirchner (Beiträge zur Klinik der Tuberkulose und spezifischen Tuberkuloseforschung). 8. Supplementband. Leipzig 1919. C. Kabitzsch. 61 S. mit 2 Abb. im Text. (Brosch. 3 Mk. 50 Pf.)

Lorenz, R., Chemische Industrie im Kriege. (Naturwissenschaftliche Vorträge im Felde gehalten.) Leipzig 1919. Joh. Ambr. Barth. 207 S. (8 Mk. 60 Pf.)

Matthias, E., Die Notwendigkeit täglicher Rückengymnastik und ihre Lösung. Bern 1919. A. Franke. 36 S. mit 16 Abb. (3 Mk.)

May, R. E., Der Frauenüberschuß nach Konfessionen. Kickh, A., Beiträge zum „Zahlenverhältnisse der Geschlechter". Abhandlung aus dem Gebiete der Sexualforschung Bd. 1. H. 4. Bonn 1919. A. Marcus & E. Webers Verlag. 38 S. (Einzelpreis 2 Mk. 80 Pf., Vorzugspreis 2 Mk. 10 Pf.)

Nassauer, M., Der moderne Kindermord und seine Bekämpfung durch Findelhäuser. Würzburg 1919. Curt Kabitzsch. 71 S. (Brosch. 3 Mk.)

Nassauer, M., Die Hohe Schule für Ärzte und Kranke. 2. Aufl. München. Verl. d. Ärztl. Rundsch., Otto Gmelin. 88 S. (3 Mk.)

Rohleder, H., Monographien über die Zeugung beim Menschen. Bd. 1. Normale, pathologische und künstliche Zeugung beim Menschen. Leipzig 1918. Georg Thieme. 317 S. (Geh. 10 Mk. 50 Pf., geb. 12 Mk., mit 25% Teuerungszuschl.)

Rohleder, H., Monographien über die Zeugung beim Menschen. Bd. 4. Künstliche Zeugung und Anthropogenie (Menschwerdung). (Bastardierung von Mensch und Menschenaffe.) Leipzig 1918. Georg Thieme. 243 S. (Geh. 8 Mk., geb. 9 Mk. 80 Pf., mit 25% Teuerungszuschl.)

Rosemann, R., L. Landois' Lehrbuch der Physiologie des Menschen mit besonderer Berücksichtigung der praktischen Medizin. 15. Aufl. 1. Bd. Wien 1919. Urban & Schwarzenberg. 482 S. mit 117 Abb. im Text und 3 Taf. (Geh. 16 Mk., geb. 18 Mk.)

Schulz, H., Vorlesungen über Wirkung und Anwendung der deutschen Arzneipflanzen. Für Ärzte und Studierende. Leipzig 1919. Georg Thieme. 366 S. (Geh. 15 Mk., geb. 16 Mk. 80 Pf., mit 25% Teuerungszuschlag.)

Stümpke, G., Diagnose und Therapie der Geschlechtskrankheiten im Kindesalter. Berlin 1919. Herm. Meusser. 144 S. (Brosch. 6 Mk.)

Weiser, M., Medizinische Kinematographie. Dresden 1919. Theodor Steinkopf. 154 S. mit 24 Abb. (5 Mk.)

v. Ziemßens Rezepttaschenbuch für Klinik und Praxis. 11. Aufl. Leipzig 1919. Georg Thieme. 320 S. (Geb. 5 Mk. 40 Pf. mit 25% Teuerungszuschl.)

Kleine Mitteilungen.

Aluminium-Subacetat als Mittel gegen Oxyuriasis.

Schon in Nr. 18 der „D. med. Woch." 1910 veröffentlichte Oberstabsarzt Dr. Georg Schmidt-Berlin eine Beobachtung über die Wirkung der *Gelonida Aluminii subacetici* bei *Oxyuris vermicularis*. Der Patient erhielt täglich 2—3 Tabletten, nachdem er wiederholt eingreifende Kuren mit einer ganzen Reihe anderer Mittel ohne Erfolg gemacht hatte. Alsbald gingen bei den breiigen Stühlen zahlreiche tote oder im Absterben begriffene Würmer ab. Nach zehntägiger Darreichung waren keine Würmer mehr vorhanden und auch der ungünstige Einfluß auf das Allgemeinbefinden des Kranken völlig behoben. Auch W. Th. Schmidt (Med. Klin. Nr. 27. 1915) berichtet ausführlich über die überaus prompte Wirkung der Gelonida Aluminii subacetici bei Oxyuriasis: „Ich habe in zahllosen Fällen die *Gelonida Aluminii subacetici* bei Madenwürmern gebraucht und mehrere hundert Male vollen Erfolg damit erzielt. Wenn letzteres nicht der Fall war, so ließ sich eigentlich stets nachweisen, daß das Mittel nicht den Vorschriften entsprechend genommen, oder auch die ebenfalls mit Madenwürmern behafteten Anverwandten nicht gleichzeitig mit behandelt worden waren, oder der Blinddarm befallen war. Die Behandlung der Oxyuriasis mittels der *Gelonida Aluminii subacetici* sollte, wie zum Teil bereits geschehen, in allen Lehrbüchern der inneren Medizin eingeführt werden." Über die kindlichen Darmschmarotzer und die Wirkung der Gelonida Aluminii subacetici sprach auch Prof. Dr. Hermann Brüning-Rostock in einem Fortbildungsvortrag (D. med. Woch. Nr. 23. 1916): Die Austreibung und Abtötung der Dünndarmoxyuren vermag man zu erzielen durch interne Darreichung von Santonin, Naphthalin, *Gelonida Aluminii subacetici* Nr. 1. Ol. Chenopodii anthelminthici. *Die Gelonida Aluminii subacetici* der Firma *Goedecke & Co.* haben wir in zahlreichen Fällen von kindlicher Oxyuriasis verabreicht, und zwar mit *durchweg befriedigendem Erfolg.*

C. Medizinische Bibliographie des In- u. Auslands.

(Vom 1. Februar 1919 bis 30. April 1919.)

1. Anatomie.

Arx, M., Evolution der organischen Substanz. Eine Studie, hervorgegangen aus der Kausalanalyse der menschlichen Beckenform. Olten 1918. Herm. Hambrechts Verlag. 56 S. mit 5 Abb. 3 Mk.

Barge, J. A. J., Waarom sluit zich de ductus venosus Arantii? Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 9. S. 718.

Heringa, J. C., De histologie der lichaampjes van *Meißner*. Nederl. Tijdschr. vor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 9. S. 723.

Kreuscher, Ph. H., A study of the development of the epiphysis. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 27. H. 5. S. 480.

Sanders, E., Over de ontwikkeling en bouw der zoogenaamde verhemelte klieren van den krokodil. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 9. S. 729.

Schiefferdecker, P., Untersuchung einer Anzahl von Kaumuskeln des Menschen und einiger Säugetiere in bezug auf ihren Bau und ihre Kernverhältnisse nebst einer Korrektur meiner Herzarbeit. Pflügers Arch. Bd. 173. H. 4—6. S. 265.

Schmidt, W. J., Über Riesenepithel- und -drüsenzellen in der Epidermis des Laubfrosches. Anat. Anz. Bd. 51. Nr. 21—24. S. 535.

Stieve, H., Der Sphincter antri pylori des menschlichen Magens. Anat. Anz. Bd. 51. Nr. 21—24. S. 513.

Wijnen, H. J., Het foramen jugulare spurium. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 9. S. 708.

Woerdeman, M. W., Over de mondholteklieren der reptilia. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 9. S. 724.

2. Physiologie.

Aalsmeer, W. C., Over sinus-arhytmie. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 11. S. 825.

Abelin, J., Die physiologische Tätigkeit der Harnblase und ihre Beeinflussung durch Produkte der inneren Sekretion und andere wirksame Substanzen. Zeitschr. f. Biol. Bd. 69. H. 8 u. 9. S. 373.

Asher, L., Beiträge zur Physiologie der Drüsen. 38. Mitteilung: Der Einfluß der Milz auf den respiratorischen Stoffwechsel. Biochem. Zeitschr. Bd. 93. H. 1 u. 2. S. 44.

Basler, Über die Bestimmung der Strömungsgeschwindigkeit in den Blutkapillaren der menschlichen Haut. Münchn. med. Woch. Nr. 13. S. 347.

Basler, A., Untersuchungen über den Druck in den kleinsten Blutgefäßen der menschlichen Haut. Pflügers Arch. Bd. 173. H. 4—6. S. 389; Bd. 174. H. 1—3. S. 244.

Baur, E., Notiz zur Theorie des Muskelmotors. Biochem. Zeitschr. Bd. 94. H. 1 u. 2. S. 44.

Belak, A., Eine neue Methode zur Bestimmung der Gerinnungszeit des Blutes. D. med. Woch. Nr. 16. S. 433.

Biegel, K., Ein Beitrag zu den sogenannten Ausnutzungs-Versuchen. Pflügers Arch. Bd. 174. H. 1—3. S. 90.

Bierich, R., Zur Theorie der Narkose. Über den Einfluß der Temperatur auf die Adsorbierbarkeit, das Kolloidfällungsvemögen und die Wirkungsstärke einiger Narkotika. Pflügers Arch. Bd. 174. H. 1—3. S. 202.

Röhmann, F., Über die Bildung des Milchzuckers in der Milchdrüse. Biochem. Zeitschr. Bd. 93. H. 3 u. 4. S. 237.

Fleisch, A., Die relative Überlegenheit der rhythmischen Durchströmungsart bei überlebenden Organen als Zeichen aktiver Fördertätigkeit der Arterien. Pflügers Arch. Bd. 174. H. 1—3. S. 177.

Fließ, W., Die Lehre von der Periodizität im Lebendigen. Arch. f. Frauenk. u. Eugen. Bd. IV. H. 3 u. 4. S. 207.

Goldscheider, H., Über den Einfluß der Bewegung auf den Organismus. Zeitschr. f. phys. u. diät. Ther. H. 1. S. 25.

Haberlandt, L., Kulturversuche an Froschleukozyten. Zeitschr. f. Biol. 1918. Bd. 69. H. 7. S. 275; Bd. 69. H. 8 u. 9. S. 409.

Henning, H., Experimentelle Untersuchungen zur Denkpsychologie. I. Die assoziative Mischwirkung, das Vorstellen von noch nie Wahrgenommenem und deren Grenzen. Zeitschr. f. Psych. Bd. 81. H. 1—3. S. 1.

Herzfeld, E., und R. Klinger, Worauf beruht die scheinbare Undurchlässigkeit der Lunge für Ammoniak? Pflügers Arch. Bd. 173. H. 4—6. S. 385.

Heß, W. R., Untersuchungen über den Antrieb des Blutstromes durch aktive Gefäßpulsationen. Pflügers Arch. Bd. 173. H. 4—6. S. 243.

Höber, R., Zur Theorie der Narkose. Über den Einfluß der Temperatur auf die Narkose, von Muskeln und Nerven. Pflügers Arch. Bd. 174. H. 1 bis 3. S. 218.

Hofmann, F. B., Über Geruchsstörungen und Geruchsinn. Umschau Nr. 1. S. 4.

Koehler, A., Antagonistische Wirkungen von Salzlösungen, dargestellt durch eine verschiedene Einwirkung der letzteren auf die frei bewegliche Zelle. Zeitschr. f. allgem. Phys. Bd. 18. H. 2. S. 163.

Krummacher, O., Untersuchungen über die Wärmeentwicklung der Spülwürmer. Zeitschr. f. Biol. Bd. 69. H. 7. S. 293.

ter Kuile, Th. Em., Stereokinematoskopie dichopisch gesehener harmonischer Punktbewegungen. Pflügers Arch. Bd. 174. H. 1—3. S. 233.

Magnus, R., Beiträge zum Problem der Körperstellung. II. Mitteilung. Stellreflexe beim Kaninchen nach einseitiger Labyrinthexstirpation. Pflügers Arch. Bd. 174. H. 1—3. S. 134.

Meyer, O. B., Über die Wirkungen von Frauen- und Kuhmilch auf glatte Muskulatur. Münchn. med. Woch. Nr. 12. S. 315.

Plank, R., Über den Einfluß der Gefriergeschwindigkeit auf die histologischen Veränderungen tierischer Gewebe. Zeitschr. f. allgem. Phys. Bd. 18. H. 2. S. 221.

Popielski, L., Die Wasserstoffionen und die sekretorische Tätigkeit der Bauchspeicheldrüse. Pflügers Arch. Bd. 174. H. 1—3. S. 152.

Quix, F. H., Metingen en beschouwingen over de otolithenfunctie. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 12. S. 902.

Redonnet, T. A., Beiträge zur Theorie der Narkose. Arch. f. exp. Path. u. Pharm. Bd. 84. H. 6. S. 338.

Romeis, B., Experimentelle Untersuchungen über die Wirkung innersekretorischer Organe. Pflügers Arch. Bd. 173. H. 4—6. S. 422.

Rosemann, R., *L. Landois'* Lehrbuch der Physiologie des Menschen mit besonderer Berücksichtigung der praktischen Medizin. 15. Aufl. I. Bd. Wien, Urban & Schwarzenberg. 482 S. mit 117 Abb. im Text u. 3 Tafeln. Geh. 16 Mk., geb. 18 Mk.

Scheminzky, F., Psychische Phänomene. Wien. klin. Rundsch. Nr. 9 u. 10. S. 54.

Siebeck, R., Die Wasserausscheidung durch die Nieren und der Wasserhaushalt des Organismus. D. Arch. f. klin. Med. Bd. 128. H. 3 u. 4. S. 173.

Szymanski, J. S., Aktivität und Ruhe bei Tieren und Menschen. Zeitschr. f. allgem. Phys. Bd. 18. H. 2. S. 105.

Thörner, W., Untersuchungen über Wärmeerregung und Wärmelähmung und den Erscheinungskomplex der „Gewöhnung" bei der letzteren. Zeitschr. f. allgem. Phys. Bd. 18. H. 2. S. 226.

Weichardt, W., und E. Schrader, Über unspezifische Leistungssteigerungen (Protoplasmaaktivierung). Münchn. med. Woch. Nr. 11. S. 289.

Willer, A., Versuche über die Dauer der postnormalen Erregbarkeit der Muskulatur verschiedener Fischarten bei Sauerstoffmangel. Pflügers Arch. Bd. 173. H. 4—6. S. 400.

Wodak, E., Zur Frage der auro-palpebralen Reflexe. D. med. Woch. Nr. 9. S. 241.

3. Physiologische und pathologische Chemie.

Abderhalden, E., Weiterer Beitrag zur Kenntnis des im Harn und in Harnsteinen vorkommenden Zystins. Zeitschr. f. phys. Chem. Bd. 104. S. 129.

Abelin, J., Beiträge zur Kenntnis der physiologischen Wirkung der proteinogenen Amine. 1. Mitteilung: Wirkung der proteinogenen Amine auf den Stickstoff-Stoffwechsel schilddrüsenloser Hunde. Biochem. Zeitschr. Bd. 93. H. 3 u. 4. S. 128.

Albert, B., Beitrag zur Methodik der Harnstoffstickstoffbestimmung im Blute (und Urin). Biochem. Zeitschr. Bd. 93. H. 1 u. 2. S. 80.

Albert, B., Die Ambardsche Konstante der Harnstoffausscheidung. Biochem. Zeitschr. Bd. 93. H. 1 u. 2. S. 89.

Bechhold, H., Die Kolloide in Biologie und Medizin. Dresden. Th. Steinkopff. 527 S. mit 69 Abb. und 3 Tafeln. 2. Aufl. Brosch. 27 Mk., geb. 31 Mk.

Berczeller, L., Über Adsorption und Adsorptionsverbindungen. 5. Mitteilung: Die Adsorptionsverbindungen des Kupferhydroxyls. Biochem. Zeitschr. Bd. 93. H. 3 u. 4. S. 230.

Berg, R., Über das Vorkommen von schwer reduzierenden Kohlehydraten im Harn. D. med. Woch. Nr. 16. S. 435.

Bokorny, Th., Weitere Beiträge zur organischen Ernährung der grünen Pflanzen mit Ausblicken auf die Praxis. Biochem. Zeitschr. Bd. 94. H. 1 u. 2. S. 78.

Bokorny, Th., Bindung des Formaldehyds durch Enzyme. Biochem. Zeitschr. Bd. 94. H. 1 u. 2. S. 69.

Castellani, A., and F. E. Taylor, The detection of sacharosuria, inosituria and lactosuria by a mycological method. Brit. med. Journ. Nr. 3038.

v. Euler, H., und F. Emberg, Über die Empfindlichkeit lebender Hefen gegen H- und OH-Konzentrationen. Zeitschr. f. Biol. Bd. 69. H. 8 u. 9. S. 349.

Feigl, Joh., Beiträge zur Kenntnis des Nichtproteinstickstoffs des menschlichen Blutes. Materialien zur allgemeinen chemischen Pathologie des Gesamtgebietes. Biochem. Zeitschr. Bd. 94. H. 1 u. 2. S. 84.

Feigl, J., Über das Vorkommen von Phosphaten im menschlichen Blutserum. Biochem. Zeitschr. Bd. 92. H. 1 u. 2. S. 1.

Feigl, J., Sonderbeiträge zur Systematik des Reststickstoffgebietes. Zentralbl. f. innere Med. Nr. 15. S. 233.

Feulgen, R., Pyrrolreaktion der echten Nukleinsäure. Zeitschr. f. phys. Chem. 1918. H. 1. B. 104. S. 1.

Frey-Bolly, E., Beitrag zur Kenntnis der Abderhaldenschen proteoltyischen Fermente im Blutserum. Klinisch-experimentelle Untersuchungen mit dem Mikrokjeldahl nach *Abderhalden* und der Kottmannschen Reaktion. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 9. S. 257.

Fritsch, R., Findet sich Selen im pflanzlichen und tierischen Organismus? Zeitschr. f. phys. Chem. 1918. Bd. 104. H. 1. S. 59.

Hedin, S. G., Über die proteolytischen Verhältnisse im Serum von Pferd und Rind. Zeitschr. f. phys. Chem. Bd. 104. H. 1. S. 11.

Herzfeld, E., und R. Klinger, Chemische Studien zur Physiologie und Pathologie. VI. Zur Biochemie der Oxydationen. (Zellatmung; Oxydationsfermente; zur Theorie der Narkose.) Biochem. Zeitschr. Bd. 93. H. 5 u. 6. S. 324.

Herzfeld, E., und R. Klinger, Chemische Studien zur Physiologie und Pathologie. VII. Die Muskelkontraktion. Biochem. Zeitschr. Bd. 94. H. 1 u. 2. S. 1.

Heubner, W., und P. Rona, Über den Kalkgehalt des Blutes bei kalkbehandelten Katzen. Biochem. Zeitschr. Bd. 93. H. 3 u. 4. S. 187.

Heubner, W., Über „sterische Hinderung" durch Kern-Methylgruppen. Biochem. Zeitschr. Bd. 93. H. 5 u. 6. S. 395.

Koritschoner, R., und O. Morgenstern, Über Fehlerquellen der Ninhydrinreaktionen nach Enteiweißung in saurer Lösung. Biochem. Zeitschr. Bd. 93. H. 1—3. S. 172.

Kowarsky, A., Zur Mikrobestimmung des Blutzuckers. D. med. Woch. Nr. 7. S. 188.

Krok, G., Zur Kenntnis des Blutzuckers. Biochem. Zeitschr. 1918. Bd. 92. H. 1 u. 2. S. 84.

Landsteiner, K., Über die Bedeutung der Proteinkomponente bei den Präzipitinreaktionen der Azoproteine. Biochem. Zeitschr. Bd. 93. H. 1 u. 2. S. 106.

Lassar-Cohn, Chemie im täglichen Leben. 9. Aufl. Leipzig 1918. Leopold Voß. 355 S. mit 22 Abb. im Text. 8 Mk. 60 Pf.

Last, E., Über die quantitative Bestimmung von geringen Zuckermengen bei Gegenwart von höheren und niederen Eiweißabbauprodukten. Biochem. Zeitschr. Bd. 93. H. 1 u. 2. S. 66.

Meißner, R., Physiologische Versuche mit aromatischen Diaminen. Biochem. Zeitschr. Bd. 93. H. 3 u. 4. S. 149.

Müller, R., Tanymastix lacunae (Guérin). Zeitschr. f. Biol. 1918. Bd. 69. H. 4—6. S. 141.

Müller, J., und H. Murschhauser, Über den Einfluß alkalischer und saurer Hydrolyse auf Resorption und Verwertung von Eiweißkörpern. 1. Mitteilung: Die Ausnutzung von hydrolysiertem Kasein. Biochem. Zeitschr. Bd. 93. H. 1 u. 2. S. 34.

Němec, A., Über die Verbreitung der Glyzerophosphatase in den Samenorganismen. Biochem. Zeitschr. Bd. 93. H. 1 u. 2. S. 94.

Netolitzky, F., Eine Methode zur makrochemischen Untersuchung von Zellinhaltskörpern. Biochem. Zeitschr. Bd. 93. H. 3 u. 4. S. 226.

Neuberg, C., und E. Kerb, Phytochemische Reduktionen. XV. Die Überführung von Azetaldol in optisch aktives β-Butylenglykol durch Hefe. Biochem. Zeitschr. 1918. Bd. 92. H. 1 u. 2. S. 96.

Perutz, A., und M. Rosemann, Beiträge zur Theorie der Gerinnung. Biochem. Zeitschr. H. 1 u. 2. Bd. 92. S. 90.

Philippi, E., Zur Kenntnis der Hämozyamine. Zeitschr. f. phys. Chem. Bd. 104. H. 2 u. 3. S. 88.

Pohl, J., und M. Rawicz, Über das Schicksal des Tetrahydronaphthalins (Tetralins) im Tierkörper. Zeitschr. f. phys. Chem. Bd. 104. S. 95.

Richter-Quittner, M., Eine Mikromethode der Azetonbestimmung. Biochem. Zeitschr. Bd. 93. H. 3 u. 4. S. 163.

Rona, P., und W. Heubner, Über den Kalkgehalt einiger Katzenorgane. Biochem. Zeitschr. Bd. 93. H. 5 u. 6. S. 253.

Salkowski, E., Über den Kohlehydratgehalt der Flechten und den Einfluß der Chloride auf die Alkoholgärung. Zeitschr. f. phys. Chem. Bd. 104. H. 2 u. 3. S. 105.

Schall, H., Die quantitative Bestimmung der Azidose. D. med. Woch. Nr. 8. S. 211.

Sertz, H., Über die Veränderung der Stickstoffformen in keimender Lupine, insbesondere über das Verhältnis von formoltitrierbarem und Formalinstickstoff zum Gesamtstickstoff. Biochem. Zeitschr. Bd. 93. H. 3 u. 4. S. 253.

Sörensen, S. P. L., und M. Höyrup, Proteinstudien. 3. Mitteilung: Über die Zusammensetzung und die Eigenschaften des mittels Ammoniumsulfats in kristallinischer Form ausgeschiedenen Eieralbumins. Zeitschr. f. phys. Chem. 1918. Bd. 103. H. 5 u. 6. S. 211.

Storm van Leeuwen, W., Physiologische waardebepalingen van geneesmiddelen en methoden tot het onderzoeken van de werkzaamheid van mengsels van narcotica en van locaalanaesthetica. Dissertation in Utrecht, März.

Strauß, E., Ein Versuch zur Anreicherung der Schilddrüse an Jod. Zeitschr. f. phys. Chem. Bd. 104. S. 133.

Teuscher, Handliche Eiweißproben fürs Feld und für die Sprechstunde. Med. Klin. Nr. 16. S. 391.

Thannhauer, S. J., und G. Dorfmüller, Die Aufspaltung von Nukleotiden durch wässerige Pikrinsäurelösung in der Hitze. Isolierung der kristallisierten Zytidinphorsäure. Zeitschr. f. phys. Chem. Bd. 104. H. 2 u. 3. S. 65.

Thévenon et Roland, Procédé de recherche du sang dans l'urine, les matières fécales et les liquides pathologiques. Lyon méd. Bd. 127. Nr. 11. S. 512.

Thomas, K., und M. G. H. Goerner, Weitere Untersuchungen über die Herkunft des Kreatins. Zeitschr. f. phys. Chem. Bd. 104. S. 73.

Unna, P. G., und E. Th. Tielemann, Zur Chemie des Trypanosoma gambiense. Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. Nr. 2. S. 37.

Völtz, W., Über die Verwertbarkeit der Hefe im tierischen Organismus. Biochem. Zeitschr. H. 1 u. 2. Bd. 93. S. 101.

Winterstein, E., und A. Weinhagen, Beiträge zur Kenntnis der Nikotinsäurederivate. 2. Mitteilung: Über Guvazin und Isoguvazin. Zeitschr. f. phys. Chem. 1918. Bd. 104. H. 1. S. 48.

Winterstein, E., Über das Vorkommen von Jod in Pflanzen. Zeitschr. f. phys. Chem. Bd. 104. H. 1. S. 54.

Wolff, W., und H. Meyer, Über Urobilinogenurie bei Infektionskrankheiten und ihre Beziehung zum Schüttelfrost. Med. Klin. Nr. 7. S. 167.

Wünsche, F., Eine Methode zur Bestimmung von Brom. Arch. f. exp. Path. u. Pharm. Bd. 84. H. 6. S. 328.

Wuth, O., Die Konstitution des Ödemlysins. Münchn. med. Woch. Nr. 7. S. 175.

Zellner, J., Über die chemische Zusammensetzung der Agave americana L. nebst Bemerkungen über die Chemie der Sukkulenten im allgemeinen. Zeitschr. f. phys. Chem. 1918. Bd. 104. H. 1. S. 2.

4. Mikrobiologie und Serologie.

Bond, C. J., On the agglutinative and opsonic action of certain chemical substances on the red blood corpuscles. The relation between this artificial agglutination and agglutination by serum, and the bearing of these observations on the agglutination and phagocytosis of pathogenic organisms. Brit. med. Journ. Nr. 3028.

Bradford, J. R., E. F. Brashford and J. A. Wilson, Preliminary report on the presence of a „filter passing' virus in certain diseases, with especial reference to trench fever, influenza and nephritis. Brit. med. Journ. Nr. 3031.

Cedercreutz, A., Nicht alle toten Bakterien sind Ag-positiv. Nord. med. Ark. Bd. 51. Abt. II. H. 3. S. 279.

Citron, H., Über den Nachweis von Tuberkelbazillen im Urin. D. med. Woch. Nr. 12. S. 322.

Costa, S., J. Troisier et J. Dauvergne, Le diagnostic bactériologique de la diphtérie. Presse méd. Nr. 13. S. 113.

Dake, W. J. L., Over dysenterie-achtige bacillen. Inaug.-Diss. Amsterdam, Febr.

Dikshoorn, H. G. M., Over remming bij agglutinatie-sroeven met versche sera. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 11. S. 843.

Eisenberg, Ph., Über Säureagglutination von Bakterien und über chemische Agglutination im allgemeinen. Wien. klin. Woch. Nr. 9. S. 222.

Frey-Bolli, E., Weitere Untersuchungen mit der Kottmannschen Schwangerschaftsreaktion. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 10. S. 299.

Friedberger, E., und P. Konitzer, Zur Ätiologie der derzeitigen Influenza-Pandemie. Med. Klin. Nr. 5. S. 108.

Georgi, W., Studien über Serum-Ausflockung bei Syphilis. Biochem. Zeitschr. Bd. 93. H. 1 u. 2. S. 16.

Goedbloed, C. A. G., Onderzoekingen over de electiviteit van den cholera-voedingsbodem van *Dieudonné*. Dissertation in Amsterdam, März.

Huß, H., Vilket inflytande kuma i fiskfäces förekommande bakterier utöva pa resultatet av Eijkmans jäsningsprov? Hygiea Bd. 81. H. 3. S. 125.

Konitzer, P., Die Bedeutung der Ausflockungsmethoden nach *Meinicke* und *Sachs-Georgi* für die Serodiagnostik der Syphilis. Med. Klin. Nr. 14. S. 338.

Kottmann, K., Über Schwangerschaftsserum. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 14. S. 433.

Kramer, P. H., Uitkomsten van de reactie van *Weil-Felix* bij vlektyphus in de eerste twaalf dagen der ziekte. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 12. S. 922.

Marx, E., Notiz zur Färbung tuberkuloseverdächtiger Sputa. Münchn. med. Woch. Nr. 15. S. 416.

Mayer, O., Ein Differentialnährboden sowohl für die Typhus-Koli- wie auch für die Dysenteriebazillengruppe. Münchn. med. Woch. Nr. 9. S. 245.

Meinicke, E., Die Fällungsreaktionen zur Syphilisdiagnose nach *Meinicke* und nach *Sachs* und *Georgie*. (Bemerkungen zu der Arbeit von *Reich* in Nr. 7. d. D. med. Woch.) D. med. Woch. Nr. 12. S. 323.

Meinicke, E., Zur Theorie und Methodik der serologischen Luesdiagnostik. D. med. Woch. Nr. 7. S. 178.

Meyer, K., Zur Serodiagnostik der Syphilis mittels der Sachs-Georgischen Flockungsmethode. Med. Klin. Nr. 11. S. 262.

Nakata, F., Sur le développement de la précipitine après injection de serum. Rev. méd. de la Suisse rom. Nr. 2. S. 64.

Nicolle, Ch., et E. Conseil, Pouvoir préventif du sérum d'un malade convalescent de rougeole. Arch. de l'Institut Pasteur de Tunis Bd. 10. Nr. 4. S. 286.
Nieter, Ad., Zur Wunddiphtherie in Magdeburg. Bakteriologische Untersuchungen. Münchn. med. Woch. Nr. 9. S. 239.
Nöller, W., Beitrag zur Kenntnis des Schaftrypanosomas. Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. Bd. 23. H. 5. S. 98.
Nürnberger, L., und G. Kalliwoda, Über die differentialdiagnostische Abgrenzung von Grippe und Kindbettfieber auf Grund bakteriologischer Untersuchungen. Münchn. med. Woch. Nr. 11. S. 291.
Olsen, O., Zur Bakteriologie der Influenza. Münchn. med. Woch. Nr. 9. S. 231.
Pollak, F., Zur Differentialdiagnose der infektiösen Darmbakterien mittels des „polytropen" Nährbodens „PN". Wien. klin. Woch. Nr. 11. S. 283.
Reich, F., Die Fällungsreaktionen zur Syphilisdiagnose nach *Meinicke* und nach *Sachs* und *Georgi*. D. med. Woch. Nr. 7. S. 181.
Romme, M., Une réaction de *Wassermann* à système hémolytique antihumain. Presse méd. Nr. 8. S. 73.
Schiff, F., Zur Agglutinabilität des Weil-Felixschen Bazillus. Münchn. med. Woch. Nr. 6. S. 152.
Schloßberger, H., Die Differenzierung der anaëroben Gasödembakterien. Münchn. med. Woch. Nr. 13. S. 349.
Seeliger, W., Über das Vorkommen von Typhus und Paratyphus-Bazillen im Blute von Fünftagefieberkranken. D. med. Woch. Nr. 13. S. 346.
Ulrichs, B., Färbung der Tuberkelbazillen mit Karbolfuchsin-Chromsäure. D. med. Woch. Nr. 17. S. 468.
Weichardt, W., und E. Schrader, Über die Serodiagnostik der Syphilis mittels Ausflockung durch cholesterinierte Extrakte. Med. Klin. Nr. 6. S. 139.

5. Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie.

Askanazy, M., und T. Nakata, Die Stadien der Sublimatniere beim Menschen. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 3. S. 80.
Audain, G., La leucocytose dans les infections. Comment on doit l'interpréter au point de vue du pronostic. Presse méd. Nr. 23. S. 216.
Aufrecht, Der Ursprung der Gallensteine. D. Arch. f. klin. Med. Bd. 128. H. 3 u. 4. S. 242.
Bauer, J., Aufgaben und Methoden der Konstitutionsforschung. Wien. klin. Woch. Nr. 11. S. 273.
Becher, E., Folgen der Retention von abiuretem Stickstoff für den Organismus. D. med. Woch. Nr. 10. S. 262.
Becher, E., Untersuchungen über das Zustandekommen der Leukozytose nach Muskelanstrengungen. Ein Beitrag zur Kenntnis physiologischer Leukozytosen. Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 31. H. 3. S. 253.
Benfey, A., und A. Terpugoff, Myxofibrom am Oberschenkel mit ungewöhnlich schnellem Wachstum. Med. Klin. Nr. 8. S. 190.
Bergel, S., Fibrin, ein Schutz- und Heilmittel des erkrankten Organismus. Die Umschau Nr. 45. S. 574.
Biberfeld, J., Zur Kenntnis des Einflusses der Ernährung auf die Suprareninglukosurie. Arch. f. exp. Path. u. Pharm. H. 6. Bd. 84. S. 360.
Bier, A., Beobachtungen über Regeneration beim Menschen. D. med. Woch. Nr. 9. S. 225; Nr. 10. S. 257.
Binet, L., Etude expérimentale des hémorragies. Presse méd. Nr. 23. S. 217.
Blumenthal, F., Das Problem der Bösartigkeit beim Krebs. Die Umschau Nr. 6. S. 83.
Bürger, M., und A. Reinhart, Über die Genese der Xanthosis diabetica. D. med. Woch. Nr. 16. S. 430.
Bull, P., Le diagnostic clinique des altérations pathologiques-anatomiques durant les trois premiers jours de l'appendicite aigue. Nord. med. Ark. Bd. 51. H. 4. S. 297.
Cloetta, M., und C. Stäubli, Beiträge zur experimentellen Pathologie der Lungenzirkulation. Arch. f. exper. Path. u. Pharm. Bd. 84. H. 6. S. 317.
Depenthal, Doppelseitiges Mammakarzinom (Röntgenkarzinom). Münchn. med. Woch. Nr. 13. S. 354.
Döllner, Zentrale Leberruptur durch Explosionsdruck. Zeitschr. f. Med.-Beamte Nr. 3. S. 33.
Drooglever Fortuyn, A. B., Over de placenta der muis in vruchtkamers, waarin het embryo afgestorven is. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 9. S. 716.
Feigl, Joh., Über das Vorkommen und die Verteilung von Fetten und Lipoiden im menschlichen Blute bei toxämischen (hämatnämischen) Krankheitszuständen. Biochem. Zeitschr. Bd. 93. H. 5 u. 6. S. 257.
Feltkamp, W., De bloedsomloop in een acardius. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 9. S. 712.
Fontan, Ch., Cysticercus bovis chez l'homme localisé à la région mammaire; taenia inerme de l'intestin. Parasitisme adulte et larvaine chez le même sujet. Gazette des Hôp. Bd. 92 H. 12. S. 183.
Fraenkel, E., Die blutschädigende Wirkung des Fraenkelschen Gasbazillus. D. med. Woch. Nr. 12. S. 317.
Gaisböck, F., Mikuliczscher Symptomenkomplex mit Erythema exsudativum multiforme und Eosinophilie, im Felddienst entstanden. Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 31. H. 3. S. 185.
Glauditz, H., Über die erste Entwicklung des Pferdewurmes (Ascaris megalocephala). Natur 1918/19. H. 13/14. S. 106.
Glaus, A., und R. Fritzsche, Über den Sektionsbefund bei der gegenwärtigen Grippe-Epidemie unter besonderer Berücksichtigung des mikroskopischen Befundes. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 3. S. 72.
Gregor, A., A note on the epidemiology of influenza among workers in gas works, in a cordite factory and in a tin mine. Brit. med. Journ. Nr. 3035.
Groedel, Fr. M., Kardiale Stauung oder Lungensyphilis? Münchn. med. Woch. Nr. 12. S. 318.
Groß, O., Über Ochronose. D. Arch. f. klin. Med. Bd. 128. H. 3 u. 4. S. 249. 1918.
Grote, L. R., Die spezielle Konstitutionspathologie *Julius Bauers*. Zentralbl. f. innere Med. Nr. 9. S. 137.
Guyot, F., Sous-alimentation et oedème de famine. Revue méd. de la Suisse rom. Nr. 3. S. 114.
Hannemann, E., Anatomische Befunde bei Grippe. D. med. Woch. Nr. 9. S. 230.
Heiberg, K. A., Initiale Tuberkelformen. Beitrag zur Kenntnis der Genese des Tuberkels beim Menschen. Zentralbl. f. allg. Path. u. path. Anat. Bd. 30. Nr. 5. S. 97.
Hill, L., The defence of the respiratory membrane against influenza etc. Brit. med. Journ. Nr. 3035.
Hoppe-Seyler, G., Zu *Wilde:* „Geschwulst und Trauma". Med. Klin. Nr. 8. S. 192.

Isaac, S., Über larvierte Lymphogranulomatose (Typhus spleno-mesaraicus). Med. Klin. Nr. 15. S. 358.

Klee, Ph., Beiträge zur pathologischen Physiologie der Mageninnervation. D. Arch. f. klin. Med. Bd. 128. H. 3 u. 4. S. 204.

Kloiber, H., Haben die Magenkarzinome im Kriege zugenommen? D. med. Woch. Nr. 17. S. 459.

Knapp, A., Ein Karzinomnest in Frankreich. Med. Klin. Nr. 15. S. 362.

Koenig, R., Le testicule flottant et ses méfaits. Revue méd. de la Suisse rom. Nr. 2. S. 57.

Körner, H., Geschwülste der Adergeflechte. Zentralbl. f. allg. Path. u. path. Anat. Bd. 30. Nr. 6. S. 121.

Kotzareff, A., Imperforation de l'oesophage. Ann. de Gyn. et d'Obst. Bd. 43. H. 4. S. 202.

Kraus, Fr., Die allgemeine und spezielle Pathologie der Person. Klinische Syzygiologie. Nach gehaltenen Vorlesungen. Allgemeiner Teil. Leipzig. Georg Thieme. 435 S. Geh. 20 Mk., geb. 22 Mk. mit 25% Teuerungszuschlag.

Kreglinger, Zur Kenntnis der primären Sarkome der Schilddrüse mit seltenen Metastasen. Arch. f. klin. Chir. Bd. 111. H. 2. S. 545.

Kuczynski, Weitere histologisch-bakteriologische Befunde beim Fleckfieber. 2. Mitteilung: Die Bedeutung der Rickettsia Prowazeki für die Entstehung des Gefäßknötchens. Zentralbl. f. allg. Path. u. path. Anat. Bd. 30. Nr. 2. S. 25.

Lange Jr., Dam. de, Over de eerste ontwikkeling van Galeopithecus volans. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 9. S. 722.

Leschke, E., Konstitution und Krankheit. Umschau Nr. 1. S. 9.

Leven, G., Les „petits signes“ de l'aérophagie. Presse méd. Nr. 20. S. 184.

Lignac, P., Les mouvements rétrogrades du colon. Leur étude radiologique. Presse méd. Nr. 6. S. 52.

Magnus-Alsleben, E., Beiträge zur Pathologie der akuten Nierenentzündung. Münchn. med. Woch. Nr. 10. S. 259.

Meyer, Os., Zwei bemerkenswerte Sektionsbefunde bei plötzlichen Todesfällen, zugleich ein Beitrag zur Frage des Status thymico-lymphaticus. Münchn. med. Woch. Nr. 10. S. 261.

Nägelsbach, E., Thrombose und Spätgangrän nach Erfrierung. Münchn. med. Woch. Nr. 13. S. 353.

Neumann, W., Thoraxmißbildungen als Konstitutionsanomalien und ihre Therapie. Ther. d. Gegenw. H. 4. S. 127.

Oehme, C., Familiäre akromegalieähnliche Erkrankung besonders des Skelettes. D. med. Woch. Nr. 8. S. 207.

Perman, E., Über multiple submuköse Chyluszysten des Jejunums. Nord. med. Ark. Bd. 51. H. 4. S. 330.

Pöch, R., Zum heutigen Stande der Abstammungslehre. D. med. Woch. Nr. 425.

Porges, O., und R. Wagner, Über eine eigenartige Hungerkrankheit (Hungerosteopathie). Wien. klin. Woch. Nr. 15. S. 385.

Redlich, E., Was hat uns die Gehirnpathologie für die Gehirnphysiologie gelehrt? Wien. klin. Woch. Nr. 13. S. 329.

Ree, A. van, Phlebosarcoma racemosum. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 10. S. 759.

Reenstierna, J., A contribution to the knowledge of the tumours of the carotid gland. Nord. med. Ark. Abt. 2. Bd. 51. H. 3. S. 215.

Rhomberg, B., Plötzlicher Tod während der Geburt bei Status thymico-lymphaticus. Sectio caesarea post mortem mit lebendem Kinde. Münchn. med. Woch. Nr. 10. S. 263.

Rodella, A., Ist der alte Begriff, der „Crusta phlogistica“ für die klinische Pathologie ganz ohne Bedeutung geworden? Med. Klin. Nr. 11. S. 259.

Roman, R., Ett fall av primärt lungsäckssarkom. Hygiea Bd. 81. H. 4. S. 174.

Rosenberg, S., Zur Frage des Gasbrandes. D. med. Woch. Nr. 15. S. 410.

Salomon, H., Über Xanthose der Haut, namentlich bei gesunden Leuten, und über Xanthämie. Wien. klin. Woch. Nr. 19. S. 495.

Schlesinger, H., Zur Kenntnis der gehäuften osteomalazieähnlichen Zustände in Wien. Wien. klin. Woch. Nr. 10. S. 248.

Schlesinger, H., Zur Klinik der Hunger-Osteomalazie und ihrer Beziehungen zur Tetanie. Wien. klin. Woch. Nr. 13. S. 336.

Schmidt, M. B., Über die Schlängelung der Arteria temporalis. Zentralbl. f. allg. Path. u. path. Anat. Bd. 30. Nr. 349.

Schmidtmann, M., Über anatomische Veränderungen des Hirnanhangs bei Tuberkulose. Zentralbl. f. allg. Path. u. path. Anat. Bd. 30. Nr. 1. S. 3.

Siemens, H. W., Über die Begriffe Konstitution und Disposition. D. med. Woch. Nr. 13. S. 339.

Stark, W. A., De Zeeziekte. Geneesk. Bladen Bd. 21. H. 2. S. 35.

Stewart, F. H., Recent experiments on the life history of ascaris lumbricoides. Brit. med. Journ. Nr. 3030.

Stoeltzher, W., Über Pseudoikterus nach Mohrrübengenuß. Münchn. med. Woch. Nr. 15. S. 419.

Stubenrauch, L. v., Das Auftreten milzähnlicher Tumoren in der Bauchhöhle des Menschen nach Splenektomie. Zentralbl. f. Chir. Nr. 14. S. 244.

Troell, A., Über die knochenbildende Fähigkeit des Cancers, mit besonderer Rücksicht auf die Möglichkeit von Knochenheilung bei karzinomatöser Spontanfraktur. Arch. f. klin. Chir. Bd. 111. H. 2. S. 565.

Vries, W. M. de, Over metastase-vorming bij kanker. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 14. S. 1068.

Waasbergen, G. H. van, De invloed der bloedverwantschap op de nakomelingschap. Nederl. Maandschr. v. verlosk. Bd. 8. Nr. 3. S. 133.

Wassermann, S., Zur Kenntnis der Skeletterkrankungen. Wien. klin. Woch. Nr. 14. S. 366.

Wegelin, C., Pathologisch-anatomische Beobachtungen bei der Grippe-Epidemie von 1918. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 3. S. 65.

Wülker, G., Über das Sterben. Natur 1918/19. H. 13/14. S. 101.

Zinn, W., Über Trichinose. Ther. d. Gegenw. H. 3. S. 81.

6. Pharmakologie und Toxikologie.

1. Allgemeine Pharmakologie, Pharmazie.

Armen-Direktion in Berlin, Formulae Magistrales Berolinenses. Berlin. Weidmannsche Buchh. 60 S. 2 Mk. 20 Pf.

Friedenthal, H., Absolute und relative Desinfektionskraft von Elementen und chemischen Verbindungen. Biochem. Zeitschr. Bd. 94. H. 1 u. 2. S. 47.

Joachimoglu, G., Zur Frage der Maximaldosen. D. med. Woch. Nr. 14. S. 375.

Le Heux, J. W., Über den Synergismus von Arzneimitteln. Pflügers Arch. Bd. 174. H. 1—3. S. 105.

Schulz, H., Vorlesungen über Wirkung und Anwendung der deutschen Arzneipflanzen. Für Ärzte und Studierende. Leipzig. Georg Thieme. 366 S. Geh. 15 Mk., geb. 16 Mk. 80 Pf. mit 25% Teuerungszuschlag.

Schwartz, L., Die Verwendbarkeit der dermographischen Untersuchungsmethode für pharmakologische Zwecke an Hand von Koffeinuntersuchungen. Med. Klin. Nr. 16. S. 384.

Spiro, K., Zur Lehre von der Wirkung der Salze. Biochem. Zeitschr. Bd. 93. H. 5 u. 6. S. 384.

Storm van Leeuwen, W., Über den Synergismus von Arzneimitteln. Pflügers Arch. Bd. 174. H. 1—3. S. 120.

2. *Einzelne Arzneimittel.*

Bassenge, R., Über Zerasan. Allg. med. Zentralzeit. Nr. 13. S. 50.

Bell, H., Der Kazepe-Balsam, ein gutes Einreibemittel gegen rheumatische Schmerzen. Med. Klin. Nr. 12. S. 290.

Berkeley, C., and V. Bonney, Proflavine oleate in the treatment of open wounds. With a note by *C. N. Browning*. Brit. med. Journ. Nr. 3032.

Böhme, A., Eukupin bei der Behandlung der Grippe. D. med. Woch. H. 6. S. 156.

Bresler, J., Neuere Arbeiten über die Wirkung der Chininabkömmlinge. Psych.-neur. Woch. 1918/19. Nr. 49/50. S. 316.

Carl, W., Über die Verwendungsmöglichkeit von Elektrokollargollösung (*Heyden*) ohne Zusatz von Knochensalzlösung. Med. Klin. Nr. 7. S. 170.

v. Cube, Über unsere Erfahrungen mit Ristin bei Krätze. Med. Klin. Nr. 9. S. 213.

Dührssen, A., Zur Salvarsanfrage. D. med. Woch. Nr. 10. S. 267.

Engwer und Josephsohn, Über Salvarsantherapie und Salvarsannatrium. Münchn. med. Woch. Nr. 9. S. 243.

Fischer, A., Über die Einflüsse des Kalkpräparates „Kalzan" auf die histologischen Gewebs- und Blutveränderungen. Med. Klin. Nr. 16. S. 390.

Franz, Th., Die wehenerregende Wirkung der Barium- und Kaliumsalze. Wien. klin. Woch. Nr. 11. S. 278.

Gellhorn, Über das neue Hypnotikum Nirvanol. Allg. med. Zentralzeit. Nr. 6. S. 21.

Karo, W., Weitere Erfahrungen mit den Eukupin-Terpentininjektionen bei urologischen Krankheiten. D. med. Woch. Nr. 10. S. 266.

Kerl, W., Über Silbersalvarsan. Wien. klin. Woch. Nr. 17. S. 446.

Kestner, O., Zur Frage der Chininprophylaxe. Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. Bd. 23. H. 6. S. 104.

Klein, P., „Nukleosan", ein neues Heilmittel. Allg. med. Zentralzeit. Nr. 15. S. 57.

Krehl, L., Zur Kenntnis des Digitalisgebrauchs und des Wasserwechsels. D. Arch. f. klin. Med. Bd. 128. H. 3 u. 4. S. 165.

Kreibisch, Über Silbersalvarsannatrium. Med. Klin. Nr. 7. S. 165.

Labhardt, A., Eisen-Ovoglandol. Ein neues Eierstockpräparat. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 7. S. 210.

Lenzmann, R., Über Erfahrungen mit Silbersalvarsannatrium. D. med. Woch. Nr. 13. S. 355.

Lankhout, J., Over de behandeling met inspuitingen van strophantine in reeksen. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 7. S. 508.

Majerus, K., Über die Nirvanol-Wirkung. Therap. Monatsh. H. 4. S. 141.

Michalke, Erfahrungen mit Nirvanol. D. med. Woch. Nr. 14. S. 380.

Michel, H., La formine en injection intraveineuse dans la grippe. Presse méd. Nr. 14. S. 126.

Müller, H., Über Calcifor-Merzetten. Allg. med. Zentralzeit. Nr. 14. S. 53.

Nolf, Les injections intraveineuses de peptone dans les maladies infectieuses. Presse méd. Nr. 11. S. 93.

von Notthafft, Erfahrungen mit Silbersalvarsan. D. med. Woch. Nr. 13. S. 341.

Prahl, H., Über intraabdominale Anwendung von Vuzin bei Bauchschüssen. D. med. Woch. Nr. 14. S. 379.

Rogers, L., A note on sodium morrhuate in tuberculosis. Brit. med. Journ. Nr. 3032.

Stowell, Th. E. A., Acriflavine emulsion as a wound dressing. Brit. med. Journ. Nr. 3035.

Straub, W., und L. Krehl, Über Verodigen (Gitalin). D. med. Woch. Nr. 11. S. 281.

Ueberschuber, Alival zur chronischen Jodkur. D. med. Woch. Nr. 15. S. 412.

Wassermann, A. v., Zur Salvarsanfrage. Erwiderung auf den Artikel von *A. Dührssen*. D. med. Woch. Nr. 17. S. 457.

Wechselmann, Zur Dosierung des Salvarsans. D. med. Woch. Nr. 17. S. 458.

Weiser, E., Über paradoxe Digitaliswirkung. Med. Klin. Nr. 16. S. 380.

3. *Toxikologie.*

Deszimirovics, K., Über einen interessanten Fall von Nikotinvergiftung. Wien. klin. Woch. Nr. 9. S. 226.

Feigl, J., Neue Beobachtungen über das Vorkommen von Hämatin im menschlichen Blutserum III. Weitere Ergebnisse aus der toxikologischen Praxis. Biochem. Zeitschr. Bd. 93. H. 1 u. 2. S. 119.

Gertz, H., Essai de déterminer par calcul la vitesse de l'intoxication oxycarbonée. Nord. med. Ark. Abt. 2. Bd. 51. H. 3. S. 227.

Goldschmidt, W., Ergotismus und Tetanie. Wien. klin. Woch. Nr. 17. S. 452.

Hamburger, F., Über die Ausscheidungen artfremden Antitoxins. Wien. klin. Woch. Nr. 10. S. 259.

Koechlin, Ed., Zur Therapie des chronischen Alkoholismus. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 9. S. 277.

Mees, R. A., Een verschijnsel bij polyneuritis arsenicosa. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 5. S. 391.

Oppikofer, E., Chenopodiumölvergiftung und Gehörorgan. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 6. S. 161.

Reach, F., Zwei Fälle von Vergiftung mit einem Sprengstoff (Cheddit). Wien. klin. Woch. Nr. 9. S. 225.

Riecke, E., Schwere Erscheinungen nach Silbersalvarsan in einem Falle florider Syphilis. Med. Klin. Nr. 14. S. 329.

Ryhiner, P., Über Chenopodiumölvergiftung. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 12. S. 360.

Schiff, A., Chronischer Saturnismus, Ulcus ventriculi und vegetatives Nervensystem. Wien. klin. Woch. Nr. 15. S. 387.

Teichmann, E., und W. Nagel, Versuche über Entgiftung eingeatmeter Blausäure durch Natriumthiosulfat. Biochem. Zeitschr. Bd. 93. H. 5 u. 6. S. 312.

Vogel, Ein Fall von Chinin-Idiosynkrasie. Münchn. med. Woch. Nr. 11. S. 300.

Wuth, O., Beitrag zur biologischen Kenntnis des Ödemgiftes. Biochem. Zeitschr. Bd. 93. H. 5 u. 6. S. 289.

Zumbusch, Ein tödlich verlaufener Fall von Vergiftung mit Salizylsäure im Kindesalter nach äußerer Anwendung. Monatsschr. f. Kinderheilk. Bd. 15. Nr. 3. S. 167.

7. Physikalische Therapie.

1. *Hydrotherapie, diätetische Kuren.*

Auer, A., Weiteres über qualitativ unzureichende Ernährung. Biochem. Zeitschr. Bd. 93. H. 1 u. 2. S. 1.

Czerny, Ad., Die Ernährungstherapie der Osteopsathyrosis. D. med. Woch. Nr. 10. S. 259.

Determann, H., Die Bedeutung der Kriegsernährung für Stoffwechsel und Gesundheit. Zeitschr. f. phys. u. diätet. Ther. H. 1. S. 1; H. 2. S. 49; H. 3. S. 92.

Elias, H., und R. Singer, Kriegskost und Diabetes. Wien. klin. Woch. Nr. 19. S. 503.

Falta, W., Kriegskost und Diabetes. Wien. klin. Woch. Nr. 15. S. 398.

Grumme, Das Eiweiß als Nährstoff. Therap. Monatsh. H. 2. S. 46.

Loewy, A., und H. Strauß, Ergebnisse der Kriegserfahrungen für die Physiologie der Ernährung und für die Diätetik. D. med. Woch. Nr. 14. S. 369.

Loewy, A., Statistische Erhebungen über die Kriegskost im dritten Kriegsjahre. Zeitschr. f. phys. u. diätet. Ther. Bd. 23. H. 3. S. 81.

Kestner, O., Der Sättigungswert der Nahrung. D. med. Woch. Nr. 11. S. 285.

Paul, Th., Wesen und Bedeutung der Bromatik, d. h. der Lehre von der Zubereitung der Speisen nach wissenschaftlichen und wirtschaftlichen Grundsätzen. Biochem. Zeitschr. Bd. 93. H. 5 u. 6. S. 364.

Starkenstein, E., Proteinkörpertherapie und Entzündungshemmung. Münchn. med. Woch. Nr. 8. S. 205.

Strauß, H., und A. Loewy, Ergebnisse der Kriegserfahrungen für die Physiologie der Ernährung und für die Diätetik. D. med. Woch. Nr. 15. S. 397.

2. *Elektrotherapie, Thermotherapie.*

Bangert, K., Physikalische Bemerkungen zur Frage der gewöhnlichen Faradisation. Zeitschr. f. phys. u. diätet. Ther. H. 1. S. 15.

3. *Strahlenlehre.*

Adler, L., Die Radiumbehandlung maligner Tumoren in der Gynäkologie. Grundlagen, Technik und Erfolge nebst Bericht über 250 behandelte Fälle. Wien. Urban & Schwarzenberg. 258 S. mit 11 Textfiguren u. 7 farbigen Tafeln. Brosch. 18 Mk., geb. 20 Mk.

Bouterwek, K., Eine interessante Anwendung der Röntgenstrahlen. Umschau Nr. 3. S. 37.

Dessauer, F., Sehr hohe Spannung zur Erzeugung harter Röntgenstrahlen. Umschau Nr. 2. S. 20.

Flatau, W. S., Über Strahlenbehandlung des Gebärmutterkrebses. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 7. S. 134.

Jeunet, F., L'Emanation. Presse méd. Nr. 15. S. 136.

Luzoir, J., Lymphocytose, cancer et rayons X: quelques données expérimentales. Presse méd. Nr. 17. S. 152.

Rautenberg, E., Pneumoperitoneale Röntgendiagnostik. D. med. Woch. Nr. 8. S. 203.

Sjögren, F., Bildrag till tekniken vid Röntgenbehandlingen av pruritus ani. Hygiea Bd. 81. H. 8. S. 380. 1918.

Winter, F., Über die Behandlung der spitzen Kondylome mit Röntgenstrahlen. Münchn. med. Woch. Nr. 8. S. 212.

Wertheim Salomonson, J. K. A., Over Röntgenologische plaatsbepaling van vreemde lichamen. Geneesk. Bladen Bd. 21. Nr. 3. S. 63.

8. Innere Medizin

1. *Allgemeines. Allgemeine Diagnostik und Therapie.*

Elias, H., Über paravertebrale Dämpfungen. Wien. klin. Woch. Nr. 12. S. 301.

Feßler, Behandlung der Lymphangitis und Lymphadenitis mit septischer Allgemeininfektion. D. med. Woch. Nr. 6. S. 145.

Grund, G., Zur Praxis der Milzperkussion. Zentralbl. f. inn. Med. Nr. 8. S. 121.

Joseph, A., Moderne Betrachtungen über den Wert des Aderlasses. Zeitschr. f. ärztl. Fortb. Nr. 6. S. 165.

Köhler, H., Unsere Erfahrungen über Karzinombehandlung. Münchn. med. Woch. Nr. 13. S. 349.

Königer, H., Über Fieberbehandlung. I. Lehre vom Fieber und die Praxis der Antipyresse. Zeitschr. f. Tuberk. Bd. 30. H. 2. S. 65.

Königer, H., Über Fieberbehandlung. II. Der antipyretische Grundversuch. Allgemein- und Herdreaktion bei tuberkulösen Erkrankungen. Zeitschr. f. Tuberk. Bd. 30. H. 3. S. 146.

Lesné, Ed., P. Brodin et Fr. Saint-Girons, Effets des injections intraveineuses de plasma humain au cours de la grippe et de quelques autres états pathologiques. Presse méd. Nr. 20. S. 181.

Martinet, A., Diagnostic clinique. Examens et Symptomes. Masson et Cie, éd. Paris (1 vol, gr. in-8°, 912 S., 782 Abb. 30 Fr.

Salomon, H., Diätetische und medikamentöse Behandlung kardialer Hydropsien mit besonderer Berücksichtigung der Karell-Kur und ihrer Modifikationen. D. med. Woch. Nr. 12. S. 320.

Scherb, R., Über den Ausbau und die Vertiefung kinesitherapeutischer Probleme. Korr.-Bl. f. Schweiz. Ärzte Nr. 16. S. 519.

Umber, F., Die Bekämpfung quälender Durstzustände durch Cesol-Merck. Ther. d. Gegenw. Nr. 4. S. 121.

von Ziemßen's Rezepttaschenbuch für Klinik und Praxis. Leipzig. Georg Thieme. 11. Aufl. 320 S. Geb. 5 Mk. 40 Pf. m. 25% Teuerungszuschlag.

2. *Infektionskrankheiten (exkl. Tuberkulose).*

Abl, R., Über die Anwendung des Adrenalins bei Malaria. Münchn. med. Woch. Nr. 7. S. 180.

Adelmann, E., Beitrag zur Kenntnis des Papatacifiebers. Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. Bd. 23. H. 5. S. 81.

Ameuille, P., Azotémie et azoturie dans les ictères infectieux. Presse méd. Nr. 21. S. 189.

Benedek, L., und St. Koronka, Über die Behandlung der im Jahre 1918 an Influenza Erkrankten mit kolloidalem Silber. Allg. med. Zentralzeit. Nr. 8. S. 29.

Bley, K., Die „spanische Krankheit" in der Frauenklinik. Münchn. med. Woch. Nr. 11. S. 294.

Berliner, M., Über Tuberkulose-Immunitätsreaktionen bei Grippe. D. med. Woch. Nr. 9. S. 228.

Biedl, A., Bemerkungen über Malaria (zu den Referaten Doerr und Nocht). Wien. med. Woch. Nr. 9. S. 438.

Bochalli, Grippe und Tuberkulose. Münchn. med. Woch. Nr. 12. S. 330.

Borchardt, L., Entstehung und Verhütung der Rückfälle bei Malaria tertiana. D. med. Woch. Nr. 9. S. 232.

Chapuis, M., Une petite épidemie de dysenterie á Ascona (Tessin) automne 1918. Revue méd. de la Suisse rom. Nr. 3. S. 120.

Chiari, R., Zur Klinik des Fleckfiebers. Wien. klin. Woch. Nr. 18. S. 469.

Clemm, W. N., Ein tödlich verlaufener Tetanusfall und Beobachtungen über Tetanus-Serumwirkung. Therap. Monatsh. II. 2. S. 63.

Coenen, H., Soll man bei Schwarzwasserfieber lebendes Blut überleiten? Münchn. med. Woch. Nr. 11. S. 286.

Creischer, L., Grippe und Lungentuberkulose. D. med. Woch. Nr. 12. S. 323.

Crofton, W. M., Cause, prevention and treatment of influenza. Brit. med. Journ. Nr. 3035.

Deußing, R., Influenza bei Diphtherie und Scharlach. Med. Klin. Nr. 10. S. 236.

Ehrenberg, L., Kan studiet av den epidemiska influensansuppträdande pa sjukhusen lämna bidrag till kännedomen an sjukdomens spridningsstätt? Hygiea Bd. 81. H. 6. S. 297.

Ehrenberg, L., und A. Barkman, Nagra försök med terapeutisk och protylaktisk användning av konvalescentserum mot influensa. Hygiea Bd. 81. H. 3. S. 113.

Eisner, G., Über die Pulsverlangsamung bei Influenza. Differentialdiagnostische Schwierigkeiten zwischen Influenza und typhösen Erkrankungen. Med. Klin. Nr. 9. S. 212.

Elias, H., Zur Klinik und Pathologie der Grippe. Wien. med. Klin. Nr. 8. S. 394.

Federschmidt, Nürnbergs Grippeepidemie in statistischer Hinsicht. Münchn. med. Woch. Nr. 13. S. 359.

Feer, E., Zur Behandlung der Diphtherie mit gewöhnlichem Pferdeserum. Münchn. med. Woch. Nr. 13. S. 343.

Glaeßner, K., Beobachtungen bei der Grippepneumonie. Wien. klin. Woch. Nr. 8. S. 200.

Grabisch, A., Zur Frage, warum an der Grippeinfektion gerade die kräftigsten Individuen sterben. Münchn. med. Woch. Nr. 9. S. 232.

Hagen, O., Ein Beitrag zur latenten Malaria. Münchn. med. Woch. Nr. 6. S. 159.

Hahn, G., Erfahrungen mit Pyramidon bei der Behandlung des Fleckfiebers. Münchn. med. Woch. Nr. 7. S. 179.

Hainiß, E., Über scharlachartige Exantheme bei Grippe und Grippe-Krupp. Wien. klin. Woch. Nr. 8. S. 201.

v. Hayek, H., Studien zur Influenzaepidemie und ihrer Beziehung zum Verlauf der Tuberkulose. Wien. klin. Woch. Nr. 8. S. 196.

Herderschêe, D., De vlektyphus in Amsterdam. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 16. S. 1397.

Herzog, G., Ein neuer Fall von Malleus acutus. Münchn. med. Woch. Nr. 6. S. 156.

Hesse, E., Rückfallfieber in unseren Heimatlazaretten. D. med. Woch. Nr. 13. S. 352.

Hodel, H., Zur Behandlung der Grippepneumonie mit Kolloidmetallen und Fixationsabszeß. Korr.-Bl. f. Schweiz. Ärzte Nr. 10. S. 310.

Hunsel, J. H. F. E. van, Eenige opmerkingen betreffende de periodiciteit bij enkele infectieziekten. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 12. S. 913.

Isaac, S., Die Behandlung der Grippe. Therap. Monatsh. Nr. 3. S. 93.

Isler, L., Einiges zur Therapie der „spanischen Krankheit" (Influenza). Klin.-therap. Woch. Nr. 1 u. 2. S. 4.

Jamovics, G., Zur Behandlung der Diphtherie mit gewöhnlichem Pferdeserum. Wien. klin. Woch. Nr. 9. S. 220.

Klewitz, F., Zur Klinik der infektiösen Grippe. Med. Klin. Nr. 9. S. 206.

Koch, G., und R. von Lippmann, Mischinfektionen von Malaria und typhösen Erkrankungen. Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. Nr. 2. S. 21.

v. Korczynski, L. R., Mitteilungen über Paratyphus. Klin.-therap. Woch. Nr. 11 u. 12. S. 100; Nr. 13 u. 14. S. 112; Nr. 17 u. 18. S. 145.

Kronberger, H., Zur Hämatologie und Bakteriologie der Grippe. D. med. Woch. Nr. 9. S. 243.

Lim, A. J., Observations on the influenza epidemie in the Bristol general hospital. With special reference to the use of *N. Pane's* siero antipneumonica for prophylaxis and treatment of pulmonary complications. Brit. med. Journ. Nr. 3032.

Löwy, O., Experimentelle und klinische Beiträge zum Fleckfieber. Wien. klin. Woch. Nr. 18. S. 477.

Low, R. Cranston, Herpes zoster: its cause and association with varicella. Brit. med. Journ. Nr. 3030.

Marshall, C. J., Streptococcal invasion of the cerebrospinal fluid. Brit. med. Journ. Nr. 3028.

Meyer, F., Zur Fleckfieberbehandlung. D. med. Woch. Nr. 14. S. 381.

Meyer, F., Zur Fleckfieberbehandlung. D. med. Woch. Nr. 6. S. 157.

Meyer, F., Die Behandlung der Grippepneumonie. D. med. Woch. Nr. 7. S. 173.

Möllers, B., und S. Wolff, Experimentelle Fleckfieberuntersuchungen. D. med. Woch. Nr. 13. S. 349.

Maliwa, E., Beiträge zur Kenntnis der Malaria. 2. Mitteilung: Provokationsmethodik, Behandlung. Wien. klin. Woch. Nr. 16. S. 422.

Meyer, S., Über Schutzimpfungen gegen Varizellen. Monatsschr. f. Kinderheilk. Bd. 15. Nr. 3. S. 184. 1918.

Nocht, Über die Therapie der Malaria. D. med. Woch. Nr. 9. S. 429.

Otto, R., Zur Fleckfieberbehandlung. Bemerkungen zu der Notiz von Prof. *F. Meyer* in Nr. 6 d. Wschr. D. med. Woch. Nr. 14. S. 380.

Paetsch, Erfahrungen mit dem Boehnckeschen Ruhrimpfstoff Dysbakta. D. med. Woch. Nr. 15. S. 403.

Pal, J., Über Grippe. Wien. med. Woch. Nr. 2. S. 81.

Paulus, R., Erfahrungen über die operative Behandlung der Ruhr durch Appendikostomie bzw. Zoekostomie. Münchn. med. Woch. Nr. 9. S. 233.

Pfitz, D., Über Milchinjektionen bei Grippe. Ther. d. Gegenw. Nr. 3. S. 86.

Plehn, A., Zur Parasitologie, Klinik und Therapie der Malaria. Münchn. med. Woch. Nr. 6. S. 146; Nr. 7. S. 185.

Pöppelmann, Zur Ätiologie der Grippe. D. med. Woch. Nr. 14. S. 370.

Rautmann, H., Über Ruhr. (III. Zur Behandlung der Ruhr.) Med. Klin. Nr. 5. S. 118.

Riebold, G., Komplikationen der Malaria von seiten des Gefäßapparates. Münchn. med. Woch. Nr. 15. S. 412.

Rosenbaum, S., Über die Infektiosität der Grippepneumonie. Münchn. med. Woch. Nr. 7. S. 185.

Sahli, H., Über die Influenza. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 7. S. 193.

Schiff, Er., Das Verhalten der kutanen Tuberkulinreaktion während der Influenza (Spanische Grippe). Monatsschr. f. Kinderheilk. Bd. 15. Nr. 3. S. 189. 1918.

Schilling, V., Über relativ chininresistente Malaria im cilicischen Taurus und Amamus. D. med. Woch. Nr. 17. S. 463.

Schlesinger, A., Des délires infectieux au cours de la grippe. Revue méd. de la Suisse rom. Nr. 4. S. 167.

Schmieden, Über die chirurgischen Erscheinungsformen der Grippe. Münchn. med. Woch. Nr. 9. S. 229.

Small, W. D. D., and W. O. Blanchard, The treatment of influenza. Brit. med. Journ. Nr. 3035.

Smidt, H., Zur kombinierten subduralen und intraspinalen Serumeinspritzung beim Tetanus. D. med. Woch. Nr. 17. S. 467.

Snapper, J., en L. K. Wolff, De bacteriologie van de grieppneumonie. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 17. S. 1483.

Spielmeyer, W., Eine Kleinhirnveränderung bei Typhus abdominalis. Münchn. med. Woch. Nr. 12. S. 313.

Starker, L., Über außergewöhnliches Auftreten von Wundstarrkrampf. Arch. f. klin. Chir. Bd. 111. H. 2. S. 463.

Stintzing, R., Über Paratyphus-Injektionen. Zeitschr. f. ärztl. Fortb. Nr. 6. S. 153.

Taylor, J. W., Some experiences of the recent influenza epidemie in Bristol. Brit. med. Journ. Nr. 3032.

Thienen, G. J. van, Vlektyphus zonder exantheem. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 8. S. 596.

Tottenham, R. E., Vaccine treatment of influenza. Brit. med. Journ. Nr. 3028.

Trémolières, F., et M. Rafinesque, Quelques remarques sur l'épidémie de grippe. Presse méd. Nr. 11. S. 98.

Wianner, F., Des réactions de défense dans la grippe épidemique. Revue méd. de la Suisse rom. Nr. 2. S. 71.

Watson, A. Mercer, Influenza epidemic in G. M. A. A. C. Hostel, Edinburgh. Brit. med. Journ. Nr. 3028.

Weiland, W., Über einige Fragen der Malariabehandlung. Med. Klin. Nr. 12. S. 281.

Weinert, A., Wund- und Narbendiphtherie. Münchn. med. Woch. Nr. 9. S. 235.

Wörner, H., Dualismus oder Unität in der Malariaätiologie. D. med. Woch. Nr. 7. S. 183.

Wülker, G., Das Papatazifieber und seine Überträger. Umschau Nr. 15. S. 220.

3. *Tuberkulose.*

Beintker, Über Nahrungsmittelzuweisungen an Tuberkulöse. D. med. Woch. Nr. 13. S. 359.

Bodmer, H., Über die Resorptionsverhältnisse intramuskulärer Rohrzuckerinjektionen und die „Saccharosebehandlung" der Lungentuberkulose (Lo Monaco). Korr.-Bl. f. Schweiz. Ärzte Nr. 8. S. 238.

Brecke, A., Über Sonne und Tuberkulose. Zeitschr. f. Tuberk. Bd. 30. H. 3. S. 129.

Calmette, A., Sur l'encrétion des bacilles tuberculeux par l'intestin et par les voies biliaires. Ann. de l'Inst. Pasteur. Bd. 33. Nr. 2.

Denck, P., Erfahrungen mit Tuberkulinbehandlung. Zeitschr. f. Tuberk. Bd. 30. H. 1. S. 1.

Drügg, W., Unterernährung und chirurgische Tuberkulose. D. med. Woch. Nr. 14. S. 376.

Hamburger, F., Die praktische Bedeutung der negativen Tuberkulinreaktion. Wien. klin. Woch. Nr. 8. S. 189.

Hamburger, F., Zur Tuberkulosebekämpfung: Vermeidung der Erstinfektion. Wien. klin. Woch. Nr. 18. S. 467.

Hamburger, F., Zur Tuberkulindiagnostik. Bemerkungen zur gleichnamigen Arbeit *Bergmanns* in Nr. 3. D. med. Woch. Nr. 9. S. 243.

Hesse, P., Die Anzeige der offenen Lungentuberkulose. D. med. Woch. Nr. 8. S. 213.

Klemperer, F., Über spezifische Tuberkulosetherapie. Ther. d. Gegenw. H. 2. S. 65; H. 3. S. 105.

Löwenbein, L., und J. Friedmann, Über den Wert des Tuberkulins als spezif. Diagnostikum der Tuberkulose. Klin.-ther. Woch. Nr. 17 u. 18. S. 144.

Orth, J., Trauma und Tuberkulose. Zeitschr. f. Tuberk. Bd. 30. S. 89.

Piéry, Les localisations scissurales de la tuberculose pulmonaire et leur valeur séméiologique. Presse méd. Nr. 11. S. 95.

Pöhlmann, O., Beitrag zur medikamentösen Therapie des Fiebers bei Lungentuberkulose. Zeitschr. f. Tuberk. Bd. 30. H. 1. S. 21.

Schmittmann, Die Unterbringung Tuberkulöser im vorgeschrittenen Krankheitsstadium. Zentralbl. f. allg. Gesundheitspfl. H. 5 u. 6. S. 85.

Teleky, L., Zur Epidemiologie der Tuberkulose. D. med. Woch. Nr. 15. S. 400.

Trautner, K., Kasuistischer Beitrag zum Vorkommen extrem großer Lungenkavernen. Zeitschr. f. Tuberk. Bd. 30. H. 3. S. 141.

Weill, P., Über Leukozyten und Lungentuberkulose. Zeitschr. f. Tuberk. Bd. 30. H. 1. S. 31; Bd. 30. S. 76.

Windrath, Kurzer Bericht über 23 im Jahre 1913 mit dem Friedmannschen Mittel behandelte Lungentuberkulose. Med. Klin. Nr. 6. S. 140.

4. *Krankheiten des Respirationsapparates (exkl. Phthise).*

Adler, E., und P. Kaznelson, Die Prager Pneumonieepidemie im Oktober 1918 und ihre Hämatologie. Med. Klin. Nr. 8. S. 186.

Aufrecht, Die Therapie der kruppösen Pneumonie und ihrer Komplikationen. Therap. Monatsh. Nr. 4. S. 121; Nr. 3. S. 87; Nr. 2. S. 41.

Bergmann, H., Die Entspannungsbehandlung (Pneumothoraxtherapie) der Lungeneiterungen. Mitteilg. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 31. Nr. 3. S. 165.

Bossert, O, und Br. Leichtentritt, Chronische Lungenerkrankungen. D. med. Woch. Nr. 7. S. 176.

Clairmont, P., Die interlobäre Pleuritis. Arch. f. klin. Chir. Bd. 111. H. 2. S. 335.

Galambos, A., Perkussorisches Symptom zur Differenzierung des einfachen und des mit Pneumothorax kombinierten intrathorakalen Flüssigkeitsergusses. D. med. Woch. Nr. 14. S. 378.

Grumme, Zur Heilwirkung des Jods beim Asthma bronchiale. D. med. Woch. Nr. 7. S. 188.

Guggenheimer, H., Entstehung und Beurteilung der Pleuraexsudate bei der Pneumothoraxbehandlung der Lungentuberkulose. Ther. d. Gegenw. Nr. 2. S. 45.

Klemperer, S., und L. Dünner, Behandlung der Erkrankungen der Atemorgane. Ther. d. Gegenw. H. 4. S. 149.

Lassance, V., Le traitement de la pneumonie par le sérum antipneumococcique. Presse méd. Nr. 4. S. 30.

Mouriquand, G., Séméiotique: le signe de la matité axillaire dans le diagnostic des processus pleuraux. Presse méd. Nr. 17. S. 149.

Schweizer, R., Über das manifeste und latente chronische Pleuraempyem. Korr.-Bl. f. Schweiz. Ärzte Nr. 13. S. 385.

Staehelin, R., Respirationskrankheiten. Jahresk. f. ärztl. Fortb. H. 2. S. 19.

Wiedemann, G., Kohlensäureeinblasung beim künstlichen Pneumothorax. Münchn. med. Woch. Nr. 13. S. 355.

5. *Krankheiten des Zirkulationsapparates.*

Benthin, W., Herzerkrankungen und Schwangerschaft. Ther. d. Gegenw. Nr. 4. S. 122.

Böttner, A., Über die Diagnose der Aneurysmen der Aorta abdominalis mit besonderer Berücksichtigung der direkten Röntgendiagnostik. Münchn. med. Woch. Nr. 11. S. 296.

Bruns, O., Über das Verhalten der Kreislauforgane im Zustand körperlicher Erschöpfung. Münchn. med. Woch. Nr. 7. S. 173.

Eckl, K., Über einzelne seltene klinische Fälle atrioventrikulärer Automatie und experimentelle Erzeugung derselben beim Menschen durch subkutane Atropininjektionen. Wien. med. Woch. Nr. 9. S. 440.

Eichhorst, H., Über das Influenzaherz. Korr.-Bl. f. Schweiz. Ärzte Nr. 8. S. 225.

Groedel, F., Röntgenbehandlung bei kardialen Schmerzen. Med. Klin. Nr. 10. S. 239.

Hoffmann, Aug., Über Gefäßinsuffizienz. Jahresk. f. ärztl. Fortb. H. 2. S. 3.

Hönck, E., Über Unterschiede des Pulses an beiden Speichenadern bei verschiedenen operativen Eingriffen. Zentralbl. f. Chir. Nr. 9. S. 165.

Kapelusch, A., und E. Sprecher, Über kleine Herzen bei Aortensklerose. Wien. klin. Woch. Nr. 12. S. 308.

Ohm, R., Ein Fall von Mitralinsuffizienz mit guter, im Venenpuls erkennbarer Funktion der rechten Kammer. D. med. Woch. Nr. 13. S. 353.

Permann, E., Der Nervenapparat des Herzens und Perikarditis. Nord. med. Ark. Abt. II. Bd. 51. H. 3. S. 282.

Schott, Influenza und Herzerkrankungen. Münchn. med. Woch. Nr. 10. S. 265.

Simmonds, M., Über Myocarditis trichinosa. Zentralbl. f. allg. Path. u. path. Anat. Bd. 30. Nr. 1. S. 1.

Weiß, E., Eine neue Methode zur Suffizienzprüfung des Kreislaufs. Zeitschr. f. ärztl. Fortb. Nr. 7. S. 195.

6. *Krankheiten des Digestionsapparates (Bauchfell, Milz).*

Alexander, A., Die postdysenterischen Magen- und Darmerkrankungen und ihre Behandlung. Zeitschr. f. physikal. u. diät. Ther. Bd. 23. H. 2. S. 41.

Aviles, The rôle of ascariasis in gall-bladder disease. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 27. H. 5. S. 459.

Bylsma, U. G., Onderzoek naar het voorkomen van darmprotozoën bij Nederlanders. Dissertation in Amsterdam.

Boas, I., Beemrkungen zu dem Artikel des Herrn Dr. *Grumme.* Ther. Monatsh. H. 4. S. 140.

Brüning, Ein Fall von Darmverschluß nach Ruhr. Münchn. med. Woch. Nr. 8. S. 213.

Brüning, H., Über Wurmkuren bei Kindern, zugleich ein weiterer Beitrag zur Frage der Verwendung des amerikanischen Wurmsamenöles (Ol. Chenopodii anthelminth.). Med. Klin. Nr. 11. S. 258.

Clemm, W. Nic., Der Einfluß der fettarmen Ernährung auf die Gallensteinkrankheit. Ther. Monatsh. H. 3. S. 97.

Dalimier, R., A propos de la broncho-spirochétose de Castellani. Presse méd. Nr. 14. S. 124.

Denk, W., Zur chirurgischen Therapie des chronischen Ulcus ventriculi und duodeni. Wien. klin. Woch. Nr. 13. S. 337.

Dubs, J., Über Appendicitis acuta im höheren Lebensalter. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 6. S. 172.

Engels, H., Zur Ösophagusatonie. Med. Klin. Nr. 9. S. 209.

Geiée, A., Behandlung infektiöser Darmerkrankungen mit „Mutaflor". Ther. d. Gegenw. Nr. 3. S. 90.

Groß, O., Zur Entstehung des Magengeschwürs. Med. Klin. Nr. 12. S. 277.

Grumme, Erwiderung auf die Bemerkungen des Herrn Geh. Sanitätsrat Prof. Dr. *J. Boas.* Ther. Monatsh. Nr. 4. 140.

Haberer, H. v., Beitrag zu den auslösenden Ursachen des Ulcus pepticum jejuni postoperativum. Wien. klin. Woch. Nr. 14. S. 357.

Hart, C., Erhebungen und Betrachtungen über das Geschwür des Zwölffingerdarmes. Mitteilg. a. d. Grenzg. d. Med. u. Chir. Bd. 31. H. 3. S. 291.

Hart, C., Betrachtungen über die Entstehung des peptischen Magen- und Zwölffingerdarmgeschwüres. Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 31. H. 3. S. 350.

Keppler, W., und F. Erkes, Diagnostische Irrtümer bei Mesenterialdrüsentuberkulose unter besonderer Berücksichtigung de Appendicitis. Med. Klin. Nr. 13. S. 301.

Killian, G., Über Angina und Folgezustände. D. med. Woch. Nr. 7. S. 169.

Klein, R., Skorbuterkrankungen unter unseren Kriegsgefangenen in Rußland. Med. Klin. Nr. 8. S. 182.

Klotz, Zum Aufsatz von *Brüning:* Über Wurmkuren in Nr. 11 dies. Wochenschr. Med. Klin. Nr. 16. S. 391.

Konjetzny, G. E., Die sogenannte Linitis plastica des Magens. Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 31. H. 3. S. 282.

Kühn, A., Zur Behandlung der Colitis ulcerosa sive suppurativa und verwandter Zustände. Ther. d. Gegenw. H. 3. S. 93.

Labbé, M., Les entérites à lamblia intestinal. Presse méd. Nr. 18. S. 161.

Lindstedt, F., Zur Kenntnis des Icterus catarrhalis und dessen Inkubationszeit. D. med. Woch. Nr. 16. S. 434.

Neugebauer, G., Spastische Obstipation und Volvulus. Med. Klin. Nr. 11. S. 265.

Pauchet, V., Pathogénie de la stase intestinale chronique (Maladie d'Arbuthnot-Lane). Presse méd. Nr. 17. S. 151.

Pels-Leusden, Über Irrtümer bei der Diagnose und Behandlung der Appendizitis. Med. Klin. Nr. 16. S. 371.

Perman, E., Der Nervenapparat des Magens und das Geschwür der kleinen Kurvatur. Nord. med. Ark. Bd. 51. H. 4. S. 355.

Ravaut, P., et Charpin, Sur quelques faits en apparence paradonaux susceptibles d'égarer le diagnostic d'hépatite amibienne. Presse méd. Nr. 8. S. 65.

Selberg, Zur Ätiologie der Appendizitis. Münchn. med. Woch. Nr. 12. S. 325.

Strauß, H., Kritisches zur Diagnostik des Magengeschwürs. Jahresk. f. ärztl. Fortb. H. 3. S. 3.

Stutzin, J. J., Zur Behandlung akuter Darmlähmungen. Med. Klin. Nr. 11. S. 263.

Teuscher, Lokale Behandlung der Angina und Gingivitis Plaut-Vincenti mit Sarlvarsan. D. med. Woch. Nr. 13. S. 358.

Veyrassat, Perforation appendiculaire d'origine grippale et péritonite aigue evoluant avec des symptomes paradoxaux. Revue méd. de la Suisse rom. Nr. 2. S. 78.

Weil, P. E., La réaction de *Wassermann* dans les splénomégalies chroniques. Paris méd. Bd. 9. Nr. 12.

7. *Krankheiten des Harnapparates, der Nebennieren, der männlichen Genitalien.*

Eisendrath, D. N., The diagnosis of ureteral calcoli. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 27. Nr. 5. S. 461.

Gerhardt, D., Über Ausgangsweisen der Kriegsnephritis. Münchn. med. Woch. Nr. 6. S. 145.

Guggenheimer, H., Digitalisindikation bei akuter Glomerulonephritis. D. med. Woch. Nr. 9. S. 229.

Hofmann, W., Die Behandlung und die Differentialdiagnose der Harnverhaltungen. Zeitschr. f. ärztl. Fortb. Nr. 4. S. 98.

Klemperer, G., und L. Dünner, Behandlung der Nierenkrankheiten. Ther. d. Gegenw. H. 2. S. 57.

Klemperer, G., und L. Dünner, Behandlung der Nierenkrankheiten. Ther. d. Gegenw. H. 3. S. 98.

Kretschmer, H. L., A new procedure for the localisation of ureteral stone. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 27. Nr. 5. S. 472.

Kuczynski, Die pathologisch-anatomische Beteiligung der Niere bei schweren Fällen von Influenza. D. Archiv f. klin. Med. Bd. 128. H. 3 u. 4. S. 184.

Leguen, F., L'azotémie des rétentionnistes urinaires. Presse méd. Nr. 16. S. 141.

Merritt, E. P., A consideration of ureteral stones. Their removal by aid of the operating cystoscope; report of cases. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 27. Nr. 5. S. 538.

Moog, O., und J. Schürer, Die Blutdruckkurve der Kriegsnephritis. D. med. Woch. Nr. 17. S. 455.

Nathan, Brightisme et état antérieur. Presse méd. Nr. 16. S. 143.

Peters, J. Th., Slymqisting in urine bij pyelitis. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 6. S. 441.

Pfeiffer, R., Über die diuretische Wirkung des Kalium aceticum bei Nephropathien. Wien. klin. Woch. Nr. 16. S. 418.

Porges, M., und W. Preminger, Über Mineraltherapie bei Nephritis. Med. Klin. Nr. 10. S. 230.

Reitler, R., Über „geheilte" Nephritiden, zugleich ein Beitrag zur orthodischen („lordotischen") Albuminurie. Wien. klin. Woch. Nr. 16. S. 417.

Renisch, Nierenblutungen im anaphylaktischen Shock nach Tetanusserumeinspritzungen. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 114. H. 2. S. 286.

Schlayer, K., Die Therapie der akuten Nephritis. Jahresk. f. ärztl. Fortb. H. 4. S. 3.

Tröscher, H., Nierenschädigungen ohne Eiweiß. D. med. Woch. Nr. 8. S. 213.

Werdisheim, L. H., Chronische Nephropathien vom prophylaktischen Standpunkt. Wien. med. Woch. Nr. 6. S. 293.

Zieler, K., Nierenschädigungen ohne Eiweiß. D. med. Woch. Nr. 15. S. 404.

8. *Krankheiten der Bewegungsorgane, Rheumatismus.*

Bittorf, A., Eosinophilie des Blutes bei Muskelrheumatismus. D. med. Woch. Nr. 13. S. 354.

Chiray et E. Roger, Camptocormies hystériques et spondylites typhiques. Presse Med. Nr. 12. S. 105.

Luzoir, J., Contribution à l'étude de la myosite ossifiante progressive. Presse méd. Nr. 18. S. 115.

9. *Krankheiten des Nervensystems.*

Abadie, J., et G. Laroche, La méningite pyocyanique et son traitement par l'autosérothérapie intrarachidienne. Presse méd. Nr. 9. S. 82.

Alexander, W., Ischias und Simulation. Med. Klin. Nr. 6. S. 142.

Barré, J. A., Contribution à l'étude clinique de la sciatique. Presse méd. Nr. 7. S. 57.

Bauer, J., und P. Schilder, Ein prinzipieller Versuch zur Neurosenlehre. Wien. klin. Woch. Nr. 19. S. 497.

Beck, D. J., Een geval van encephalitis lethargica. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 17. S. 1494.

Benon, R., La céphalée traumatique on le syndrome céphalalgique post-traumatique. Presse méd. Nr. 16. S. 142.

Bethe, A., Die Haltbarkeit von Nervennähten und -narben und die Spannungsverhältnisse gedehnter Nerven. D. med. Woch. Nr. 14. S. 373.

Boenheim, F., Zur Kenntnis seltener Formen des Dystrophia musculorum progressiva. Münchn. med. Woch. Nr. 6. S. 149.

Bouman, L., en D. Mac Gillavry, Geopereerd geval van kleinhersenbraghoekgezwel. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 7. S. 564.

Broecker, F., Beitrag zur postdiphtherischen Polyneuritis und Myodegeneratio cordis. Neur. Zentralbl. Nr. 4. S. 114.

Bychowski, Z., Über eine künstliche Umschaltung des Babinskischen Zehenphänomens. Neur. Zentralbl. Nr. 1. S. 10.

Deus, P., Beitrag zur Operation des Ganglion Gasseri. Wien. klin. Woch. Nr. 10. S. 252.

Economo, C. v., Grippe-Enzephalitis und Enzephalitis lethargica. Wien. klin. Woch. Nr. 15. S. 393.

Friedländer, R., Die hemiplegische Bewegungsstörung und ihre Behandlung. Ther. d. Gegenw. Nr. 4. S. 131.

Gelb und Weichbrodt, Die Bérielsche Hirnpunktion. Neur. Zentralbl. Nr. 3. S. 93.

Gerson, A., Über körperliche Entladung. Neur. Zentralbl. Nr. 6. S. 178.

Glejzor, J., Weiteres zur Lehre vom Fazialisphänomen. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 39. H. 2. S. 106.

Grosz, C., Erfahrungen mit dem Fingerdaumenreflex. Wien. med. Woch. Nr. 12. S. 586.

Groß, K., und M. Pappenheim, Zur Frage der durch die Grippe verursachten Nervenschädigung mit Berücksichtigung des Liquorbefundes. Wien. klin. Woch. Nr. 15. S. 396.

Henszelmann, A., Die diagnostische Verwertbarkeit eines pathologischen Muskelreflexes (Proximatorreflex). Neur. Zentralbl. Nr. 6. S. 220.

Hewson, R. W. Dale, A note on a case of acute febrile polyneuritis. Brit. med. Journ. Nr. 3028.

Heymann, P., Über eine tödlich verlaufene Piaverletzung bei Punktion des Sinus longitudinalis nach *Tobler*. Monatsschr. f. Kinderheilk. Bd. 15. Nr. 2. S. 108.

Hirsch, G., Zur Behandlung der Trigeminusneuralgien. Med. Klin. Nr. 8. S. 191.

His, W., Umfrage über Verlaufseigentümlichkeiten bei Kriegsteilnehmern. Med. Klin. Nr. 14. S. 334.

Jacobsohn, L., Die klinisch-diagnostische Bedeutung der hauptsächlichsten in der Neurologie angewandten Reflexe. Zeitschr. f. ärztl. Fortb. Nr. 5. S. 136.

Kempner, A., Ein Fall von Pupillenstörungen im hysterischen Anfall. Neur. Zentralbl. Nr. 6. S. 222.

Maillard, G., et Brune, Grippe et épilepsie. Presse méd. Nr. 8. S. 70.

Mann, L., Über Störungen des Raumsinnes der Netzhaut oder der optischen Lokalisation bei Herderkrankungen im Gebiete der Sehstrahlung („Paropsie"). Neur. Zentralbl. Nr. 6. S. 212.

Mayendorf, E. N. v., Zur Symptomatologie und Pathogenese der Granatkommotionsneurose. Med. Klin. Nr. 5. S. 115 u. Nr. 6. S. 140.

Morgenthaler, W., Gibt es eine psychopatische Höherwertigkeit? Neur. Zentralbl. Nr. 3. S. 89.

Neuda, P., Das Wesen der Hysterie. Wien. med. Woch. Nr. 5. S. 239; Nr. 6. S. 296.

Oloff, H., Das Auge bei syphilogenen Gehirnerkrankungen und bei der multiplen Sklerose. Zeitschr. f. ärztl. Fortb. Nr. 4. S. 89.

Pagniez, Ph., Vallery-Radot et A. Nast. Essai d'une thérapeutique préventive de certaines migraines. Presse méd. Nr. 19. S. 172.

Pensky, E., Nirvanol bei Epilepsie. Med. Klin. Nr. 15. S. 364.

Pfeiffer, B., Zur Symptomatologie der zerebralen Störungen bei Verschluß der Arteria carotis interna. Münchn. med. Woch. Nr. 10. S. 271.

Picot, G., Le réflexe oculo-cardiaque dans les lésions traumatiques incomplètes du pneumogastrique. Presse méd. Nr. 21. S. 191.

Pometta, D., Einige Bemerkungen zur Lumbagofrage. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 5. S. 129.

Prym, P., Spätmeningitis nach Trauma. Münchn. med. Woch. Nr. 11. S. 299.

Redlich, E., Epilepsie und andere Anfallskrankheiten. Wien. med. Woch. Nr. 13. S. 632.

Rohardt, Ein Fall von motorischer Amusie. Neur. Zentralbl. Nr. 1. S. 6.

Rompe, Polyneuritis und Meningitis nach Mumps. Monatsschr. f. Kinderheilk. Bd. 15. Nr. 3. S. 147. 1918.

Rózsa, J., Periodisch - exazerbierende Okulomotoriuslähmung. Wien. klin. Woch. Nr. 13. S. 340.

Ruben, M., Ein besonders vorgeschrittener Fall von Myotonia atrophica (Dystrophia myotonica) mit auffälliger Gibbusbildung. Neur. Zentralbl. Nr. 4. S. 123; Nr. 5. S. 149; Nr. 6. S. 185.

Schelven, Th. van, Transversale Rückenmarksläsion. Neur. Zentralbl. Nr. 1. S. 8.

Schilder, P., Ein neues Kleinhirnsymptom. Wien. klin. Woch. Nr. 13. S. 339.

Schoenborn, S., Ungewöhnliche Neuritiden. Med. Klin. Nr. 9. S. 208.

Söderbergh, G., Zur Symptomatologie der 7. und 8. motorischen Dorsalwurzel. Neur. Zentralbl. Nr. 5. S. 146.

Spiegel, E., Myelitis nach Grippe. Wien. klin. Woch. Nr. 10. S. 258.

Stier, E., Zur Frage der militärischen Rentenversorgung der Psychopathen und Neurotiker. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Nr. 6. S. 157.

Stoffel, A., Über das Anwendungsgebiet und die Leistungsfähigkeit der Nervenoperationen und Sehnenüberpflanzungen nach Kriegsverletzungen der Nerven. Münchn. med. Woch, Nr. 10. S. 257.

Tramer, M., Untersuchungen aus dem Gebiete der Epilepsie. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 11. S. 328.

Unger, E., Elektrische Reizungen am freigelegten menschlichen Nerven. Neur. Zentralbl. Nr. 3. S. 82.

Vogel, K., Zur Behandlung der postoperativen Tetanie. Zentralbl. f. Chir. Nr. 17. S. 310.

Weber, A., Ein Fall von Meningitis nach Schädelbasisfraktur, hervorgerufen durch Streptococcus mucosus. Münchn. med. Woch. Nr. 11. S. 300.

Widmann, N., Das Krankheitsbild der amnestischen Aphasie mit Alexie, Agraphie und schwachen Spuren von Ataxie. Zeitschr. f. Kinderforschung H. 12/1. S. 88.

Winkler, C., Een abnormal geval van syringomyelie. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 16. S. 1448.

10. *Krankheiten des Blutes.*

Hirschfeld, H., Methodik und Wert der systematischen Leukozytenuntersuchung. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Nr. 3. S. 65.

Hijmans van den Bergh, A. A., Een geval van rattenbeetziekte. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 8. S. 633.

Jagic, N. von, Die diagnostische Verwertung des Leukozytenbildes bei Infektionskrankheiten. Nach Vorlesungen im Sommersemester 1918. Wien. Mor. Perles. 48 S.

Lange, C. de, Malaria onder het bloedbeeld der zoogenaamde leukanaemie. Nederl. Maandschr. v. verlosk. Bd. 8. H. 1. S. 46.

Löwy, O., Über Monozytenvermehrung bei Malaria. Münchn. med. Woch. Nr. 8. S. 210.

Martiri, A., Per la conoscenza dell' emoeosinofilia da elminti intestinali. Rivista crit. di clin. med. Nr. 6 u. 7.

Mönch, G., Ein Erfolg der Strahlenbehandlung bei einem Falle von Polyzythämie. Münchn. med. Woch. Nr. 10. S. 269.

Morawitz, P., Über hämorrhagische Diathesen. Jahresk. f. ärztl. Fortbild. H. 3. S. 9.

Müller, E. F., Zur Behandlung sekundärer Anämien. D. med. Woch. Nr. 12. S. 323.

Peutz, J. L. A., Acute leukaemische Lymphadenose (acute lymphadenoïde leukaemie). Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 9. S. 655.

Schiff, Er., und E. Mátyás, Fortlaufende Untersuchungen über die Zahl der roten Blutkörperchen und den Hämoglobingehalt des Blutes bei Masern. Monatsschr. f. Kinderheilk. Bd. 15. Nr. 2. S. 90. 1918.

Walther, H., Beitrag zur Behandlung hämophiler Blutungen. Münchn. med. Woch. Nr. 15. S. 413.

11. *Krankheiten des Stoffwechsels.*

Elias, H., Zuckerkrankheit und Unterernährung. Umschau Nr. 11. S. 168.

Lewin, C., Zur Frage des Zusammenhangs des Diabetes mellitus und Diabetes insipidus. Med. Klin. Nr. 6. S. 133.

Pick, J., Zur Pathogenese und Therapie des Morbus Basedowii. Allg. med. Zentralzeit. Nr. 10. S. 37.

Stepp, W., Über einige seltene Befunde bei Diabetes mellitus. Med. Klin. Nr. 13. S. 308.

9. Chirurgie.

1. *Allgemeine chirurgische Pathologie und Therapie, Operations- und Verbandlehre. (Tetanus, siehe Infektionskrankheiten 8. 2.)*

Arensmeier, F., Zur Pflege Rückgratverletzter und Gelähmter. D. med. Woch. Nr. 11. S. 299.

Axhausen, G., Die Periosteinschnitte bei der freien Knochentransplantation. Zentralbl. f. Chir. Nr. 10. S. 171.

Balkhausen, Einiges über Konturschüsse. Münchn. med. Woch. Nr. 7. S. 183.

Blencke, Die Wahl des Ortes der Amputation unter Berücksichtigung des späteren Gliedersatzes. Münchn. med. Woch. Nr. 6. S. 160.

Bonnefon, G., Les greffes de tissus morts et leur „reviviscence". Presse méd. Nr. 10. S. 88.

Borchers, E., Dauerheilung einer lebenbedrohenden postoperativen Tetanie durch homoioplastische Epithelkörper-Transplantation. Zentralbl. f. Chir. Nr. 3. S. 34.

Brunzel, H. F., Ein Beitrag zur spontanen „Charakteränderung von Wunden". Zentralbl. f. Chir. Nr. 14. S. 241.
Canon, Behandlung chirurgischer Infektionen mit autogener Vakzine. D. med. Woch. Nr. 9. S. 239.
Dufourmentel, L., Les différents procédés d'anesthésie générale appliqués à la chirurgie cervico-faciale. Presse méd. Nr. 9. S. 79.
Dubs, J., Zur chirurgischen Behandlung der Typhusbazillenträger. Münchn. med. Woch. Nr. 7. S. 178.
Dubs, J., Über einige chirurgische Komplikationen der Influenza. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 16. S. 538.
Esser, J. F. S., Eine Sehnenplastik unter sehr unsauberen Verhältnissen. Münchn. med. Woch. Nr. 7. S. 184.
Frey, M. v., Weitere Beobachtungen über die Wahrnehmung von Bewegungen nach Gelenkresektion. Zeitschr. f. Biol. Bd. 69. H. 7. S. 322.
Grauhan, Über isolierte Schutzverletzungen der Venen mit besonderer Berücksichtigung ihrer Bedeutung für die pyogene Allgemeininfektion. Bruns Beitr. Bd. 114. H. 2. S. 294.
Härtl, J., Operationen unter „peripherem" Überdruck und dadurch bedingter Einengung der Blutzirkulation auf den kleinen Kreislauf. Arch. f. klin. Chir. Bd. 111. H. 2. S. 645.
Harttung, H., Über Gefäßverschluß durch indirekte Verletzung. Med. Klin. Nr. 7. S. 170.
Hepburn, H. H., Delayed primary suture of wounds. Brit. med. Journ. Nr. 3033.
Hoffa, A., und R. Grashey, Verbandslehre. (Lehmanns med. Handatlanten Bd. 13.) 6. Auflage. München 1918. J. F. Lehmanns Verlag. 218 S. mit 167 Tafeln u. 209 Textabb. 12 Mk.
Haberer, H. v., Antwort auf den Originalartikel *Finsterers* in Nr. 52 des Zentralbl. f. Chir. 1918. Zentralbl. f. Chir. Nr. 11. S. 196.
Hartwich, A., Das Stumpfturnen der Armamputierten mit besonderer Berücksichtigung der Rahmenübungen bei muskelplastischen Operationen. Med. Klin. Nr. 13. S. 308.
Kennedy, J. W., A defiance of surgical principles cannot prevail. Amer. Journ. of Obst. Bd. 79. H. 494. S. 252.
Kirchenberger, A., Beitrag zur Lehre von den Schußfisteln, mit besonderer Berücksichtigung der Holzknechtschen Fistelfüllung. Wien. med. Woch. Nr. 7. S. 342.
Krüger, Die Methoden des operativen Gelenkverschlusses bei penetrierenden Verletzungen. Münchn. med. Woch. Nr. 8. S. 209.
Lehmann, W., Die Kontrakturformen nach Nervenschüssen. Bruns Beitr. Bd. 114. H. 2. S. 229.
Liniger, H., Über subkutane Muskel- und Sehnenrisse und ihre Beurteilung. Monatsschr. f. Unfallheilk. u. Invalidenw. 1918. Nr. 12. S. 268.
Luithlen, F., Die Behandlung schlecht heilender Geschwüre mit Gonokokkenvakzine. (Ein Beitrag zur Kolloidtherapie.) Wien. klin. Woch. Nr. 17. S. 448.
Makai, E., Zur Frage der Vorbereitung des Empfangsbodens bei freier Transplantation. Zentralbl. f. Chir. Nr. 17. S. 309.
Martin, B., Über Regeneration der Faszie. Arch. f. klin. Chir. Bd. 111. H. 2. S. 487.
Mayer, L., Autoplastic nerve transplantation in the repair of gunshot injuries. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 27. H. 5. S. 530.
Münch, W., Über prophylaktische Wundversorgung mittels chlorhaltigen Antiseptizis unter besonderer Berücksichtigung des Gasbrandes. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Nr. 4. S. 101.
Münzel, Trypaflavin in der chirurgischen Praxis. D. med. Woch. Nr. 10. S. 267.
Nonnenbruch, W., Über Erysipelbehandlung. Münchn. med. Woch. Nr. 7. S. 181.
Nordmann, O., Die Behandlung der durch Schußwunden verursachten Fisteln. Ther. d. Gegenw. H. 2. S. 53.
Nußbaum, A., Zur Technik der Entfernung von Steckgeschossen. Zentralbl. f. Chir. Nr. 11. S. 194.
Pittarelli, E., e E. Pittarelli (figlio), Ulteriori recherche sulla localizzazione dei corpi estranei- il metodo dello spostomento orizzontale del corpo estraneo. Rivista crit. di clin. med. Nr. 47 u. 48.
Pürckhauer, R., Zur Bekämpfung des „Stumpfelendes". Münchn. med. Woch. Nr. 15. S. 409.
Prat, E. F., Treatment of wounds by paraffin. Brit. med. Journ. Nr. 3035.
Pribram, B. O., Zur Frage der Gasbrand-Metastasen. Wien. klin. Woch. Nr. 12. S. 311.
Reich, A., Vorbereitung des Empfangsbodens bei freier Transplantation. Zentralbl. f. Chir. Nr. 4. S. 66.
Renner, Ein Wort zur Brauchbarkeit der Henlebinde. Zentralbl. f. Chir. Nr. 3. S. 39.
Rietz, T., Om narkostremor och dess hävande. Hygiea Bd. 81. H. 7. S. 32.
Roux-Berger, J. L., Le traitement des grandes cavités pleurales (désinfection, pleurectomie, pneumopenie). Presse méd. Nr. 10. S. 86.
Sacquépée, E., et de Lavergne, Traitement de la gangrène gazeuse par les sérums spécifiques. Presse méd. Nr. 10. S. 85.
Sievers, R., Die direkte Nagelextension. D. med. Woch. Nr. 17. S. 464.
Sievers, R., Vorschläge zur Ligatur großer Arterien. Zentralbl. f. Chir. Nr. 7. S. 118.
Schütz, E. von, Über die blutstillende Wirkung des Claudens in der Chirurgie. Ther. d. Gegenw. H. 3. S. 95.
Sparmann, R., Chirurgie der Wundversorgung. Wien. klin. Woch. Nr. 14. S. 361.
Szubinski und B. A. Schmidt, Zur Mitteilung von *Hercher* und *Noske* über Lage- und Tiefenbestimmung von Fremdkörpern. Zentralbl. f. Chir. Nr. 7. S. 121.
Tengwall, E., Einige Fälle von freier Knochentransplantation. Nord. med. Ark. Bd. 51. H. 4. S. 382.
Troell, A., Einige Worte über das spätere Schicksal von autoplastisch transplantiertem Knochengewebe beim Menschen. Arch. f. klin. Chir. Bd. 111. H. 2. S. 578.
Vulpius, O., Knochen- und Gelenktuberkulosen. Med. Klin. Nr. 11. S. 257.
Vulpius, O., Keine quere Tenotomie mehr! Münchn. med. Woch. Nr. 15. S. 416.
Vischer, A., Beitrag zur Histologie der chronischen nicht tuberkulösen Tendovaginitis, insbesondere auch der stenosierenden Form. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 4. S. 103.
Zalewski, E., und E. Fr. Müller, Zur Behandlung infizierter Flächenwunden durch unspezifische Immunisierung. Münchn. med. Woch. Nr. 7. S. 176.
Ziegner, H., Beiträge zur Lumbalanästhesie. Med. Klin. Nr. 10. S. 238.

2. *Kopf und Hals.*

d'Arcy Power, Cancer of the tongue. Brit. med. Journ. Nr. 3028.

Aumont, P., L'intervention précoce dans les anévrismes jugulo-carotidiens. Presse méd. Nr. 8. S. 71.

Bárány, R., Über Behandlung der Hirnabszesse. Über primäre Exzision und primäre Naht der Schußwunden. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Nr. 7. S. 191.

Carter, H. S., and A. D. E. Shefford, Note on the use of ionization in the treatment of certain types of facial sears. Brit. med. Journ. Nr. 3034.

Cole, P. P., and Ch. H. Bubb, Bone grafting in ununited fractures of the mandible: with special reference to the pedicled graft. Brit. med. Journ. Nr. 3029.

Danziger, F., Erwiderung zu den Bemerkungen des Herrn *W. Kausch* über meinen Vorschlag zur Plombierung von Schädeldefekten. Zentralbl. f. Chir. Nr. 11. S. 191.

Debrunner, H., Zur operativen Behandlung der Torticollis spastica. D. med. Woch. Nr. 9. S. 237.

Dorn, J., Ein Fall von rezidivierter intralaryngealer Struma, zugleich ein Beitrag zur Pathogene dieser Tumoren. Bruns Beitr. Bd. 115. H. 1. S. 101.

van Duyse et Anbineau, Carcinome pavimenteux (épithéliome) non kératinisant de l'orbite, tumeur mixte. Arch. d'Ophthalm. Bd. 36. H. 7.

Fabian, E., Über die Erfolge der operativen Behandlung des Morbus Basedowii. Bruns Beitr. Bd. 115. H. 1. S. 1.

Glénard, R., et J. Aimard, Aérocèle traumatique du cerveau. Presse méd. Nr. 14. S. 123.

Henderson, M. S., and G. B. New, Ankylosis of the jaw. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 27. H. 5. S. 451.

Köhler, R., Hypertrophie der Mamma. Arch. f. klin. Chir. Bd. 111. H. 2. S. 522.

Lanz, O., De misplaatste vrees voor cachexia thyreopriva. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 14. S. 1086.

Marburg, O., Indikationen zu chirurgischen Eingriffen bei Hirn- und Rückenmarkverletzten. Wien. med. Woch. Nr. 11. S. 530.

Naegeli, Th., Bericht über 1000 Kropfkranke aus der Garrèschen Klinik. Bruns Beitr. Bd. 115. H. 1. S. 69.

Ranzi, E., Chirurgische Behandlung der Hirn- und Rückenmarkverletzten im Hinterlandspital. Wien. med. Woch. Nr. 12. S. 571.

Rehn, Ed., Die Freilegung der Arteria carotis interna in ihrem oberen Halsteil. Zentralbl. f. Chir. Nr. 17. S. 305.

Riese, H., Ein neuer Weg zur operativen Freilegung der Art. carotis interna an der Schädelbasis. Arch. f. klin. Chir. Bd. 111. H. 2. S. 556.

Stein, C., Über die Entwicklung der akuten Mastoiditis und ihrer Komplikationen unter fehlenden oder geringfügigen äußeren Krankheitserscheinungen und die Bedeutung ihrer Kenntnis für den praktischen Arzt. Wien. med. Woch. Nr. 10. S. 498.

Thomsen, Ein Fall von multiplen Strumametastasen. Bruns Beitr. Bd. 115. H. 1. S. 113.

Voorthuysen, D. G. W. van, Bijdrage tot de kennis van de houtphlegmone van den hals. Inaug.-Diss. Leiden, Febr.

3. *Wirbelsäule.*

Delorme, Schrapnellkugelsteckschuß im Atlas. D. med. Woch. Nr. 7. S. 186.

Kreuzfuchs, S., Über Spondylasyndesmie (Wirbelverklammerung), ein von der Spondylitis deformans abzugrenzendes Krankheitsbild. Wien. klin. Woch. Nr. 11. S. 276.

Vulpius, O., Die Skoliose. Med. Klin. Nr. 14. S. 327.

4. *Brust, Bauch und Becken.*

Alamartine, H., Lésions traumatiques du corps thyroïde et leur traitement chirurgical. Presse méd. Nr. 12. S. 107.

Arnsberger, L., Zur Resektion der Papilla Vateri. Zentralbl. f. Chir. Nr. 9. S. 162.

Baumann, E., Wiederholte aufsteigende Dünndarminvagination bei einer gastroenterostomierten Frau. Arch. f. klin. Chir. Bd. 111. H. 2. S. 504.

Bérard, L., et Ch. Dunet, Traitement des pleurésies purulentes grippales par le drainage antéro-latéral, l'irrigation discontinue et le lever précoce. Presse méd. Nr. 19. S. 169.

Bréchot, A., Résection partielle du sacrum dans le traitement du prolapsus complet du rectum. Paris méd. Nr. 12.

Dam, J. M. van, Onderhuidsche verwonding van de alvleeschklier. Nederl. Tidschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 14. S. 1091.

Delleskamp, Über ausgedehnte Dünndarmresektion. Bruns Beitr. Bd. 115. H. 1. S. 176.

Emmert, M., Loose bodies in the abdominal cavity. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 27. H. 5. S. 474.

Engel, E., Entfernung des eingewachsenen Mayerschen Ringes. D. med. Woch. Nr. 13. S. 358.

Finsterer, H., Der Wert der Lokalanästhesie bei den großen Bauchoperationen. Med. Klin. Nr. 12. S. 287.

Flechtenmacher, C., Operativ entfernte Choledochuszyste im Ligamentum hepato-duodenale. Wien. klin. Woch. Nr. 14. S. 365.

Fromme, A., Über totale Ösophagoplastik. Bruns Beitr. Bd. 115. H. 1 S. 232.

Friend, E., Subdiaphragmatic or phrenic abscess. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 27. H. 5. S. 468.

Gudin, Méthode aseptique pour les opérations sur l'estomac et l'intestin. Presse méd. Nr. 15. S. 133.

Haberer, H. von, Zur Therapie akuter Geschwürsperforationen des Magens und Duodenums in die freie Bauchhöhle. Wien. klin. Woch. Nr. 16. S. 413.

Hirschberg, O., Über Spasmus bei Magenverletzung. D. med. Woch. Nr. 15. S. 409.

Hoffmann, A., Über traumatische Zwerchfellhernien und ihre Inkarzeration. Bruns Beitr. Bd. 114. H. 2. S. 254.

Iselin, H., Tuberkulöse Brustwandabszesse und Fisteln. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 4. S. 97.

Jacobson, J. H., The prevention of the recurrence of symptoms following operations for gallstones. Amer. Journ. of Obst. Bd. 79. H. 493. S. 32.

Johnsen, Chr., Verschlußnähte am Magen-Darmkanal. Zentralbl. f. Chir. Nr. 8. S. 145.

Kappis, M., Sensibilität und lokale Anästhesie im chirurgischen Gebiet der Bauchhöhle mit besonderer Berücksichtigung der Splanchnicus-Anästhesie. Bruns Beitr. Bd. 115. H. 1. S. 161.

Kelling, G., Murphyknopf, der $15^1/_2$ Jahre im salzsäurehaltigen Mageninhalt gelegen hat. Zentralbl. f. Chir. Nr. 3. S. 43.

Köhler, R., Netztorsion. Arch. f. klin. Chir. Bd. 111. H. 2. S. 514.

Kopp, J. W., Over steel draaiing van de milt. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 5. S. 379.

Kühne, Maßgebende Gesichtspunkte für die Beurteilung der traumatischen Entstehung von Unterleibsbrüchen. Monatsschr. f. Unfallheilk. Nr. 12. S. 279.

Labat, G., Cure radicale de la hernie du côlon „par glissement". Presse méd. Nr. 20. S. 182.

Landelius, E., Hernia diaphragmatica incarcerata. Hygiea Bd. 81. H. 8. S. 369. 1918.

Lehmann, W., Drei Fälle von metastatischen Hirnabszessen nach Empyem bzw. Thoraxfisteln. Bruns Beitr. Bd. 115. H. 1. S. 181.

Melchior, E., Zur Technik des Verschlusses eines Anus praeternaturalis. Zentralbl. f. Chir. Nr. 10. S. 179.

Nigst, P. F., Zur Entstehung von Narbenhernien nach Appendektomien. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 12. S. 353.

Ranzie, Über totale Ösophagoplastik. Wien. klin. Woch. Nr. 10. S. 247.

Rosenberger, A., Leberruptur, Laparotomie, Netztamponade, Heilung. Zentralbl. f. Chir. Nr. 9. S. 164.

Schloeßmann, Der chronische Zwerchfellbruch als typische Kriegsverletzungsfolge. Bruns Beitr. Bd. 113. H. 5. S. 669.

Sourdat, P., L'anesthésie régionale en chirurgie gastrique. Infiltration des nerfs splanchniques. Presse méd. Nr. 21. S. 193.

Stewart, D. H., Report of an instance of the discharge of soarp from the gall-bladder. Amer. Journ. of Obst. Bd. 79. H. 493. S. 117.

Ware, M. W., A safequard in inquinal route operations for femoral hernia. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 27. Nr. 5. S. 530.

Wettstein, A., Ileus durch Murphyknopf. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 13. S. 402.

Wiebing, Weitere Erfahrungen auf dem Gebiete der Brustverletzungen. D. med. Woch. Nr. 11. S. 291.

5. *Harn- und männliche Geschlechtsorgane.*

Boks, D. B., Een geval van snel verloopend gangreen van den penis. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 7. S. 519.

Bunge, R., Über Albumino-Zylindrurie nach Nierenoperationen. Bruns Beitr. Bd. 115. H. 1. S. 125.

Dubs, J., Beiträge zur Chirurgie der Prostata-Hypertrophie. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 13. S. 417.

Freyer, P. J., Total enucleation of the prostate. Brit. med. Journ. Nr. 3031.

Fromme, A., Erfahrungen mit der Makkas-Lengemannschen Operation der Blasenektopie. Bruns Beitr. Bd. 115. H. 1. S. 146.

Fullerton, A., A note on the state of the ureters and their orifices in cases of gunshot wounds of the spine. Brit. med. Journ. Nr. 3031.

Höpfner, Edm., Schnittführung zur Erzielung eines idealen Erfolges bei Phimose. Münchn. med. Woch. Nr. 10. S. 274.

v. Mezö, B., Ersatz der unteren Hälfte des Ureters durch Blasenmobilisation und Blasenplastik. D. med. Woch. Nr. 8. S. 210.

Newman, D., Primary sarcoma of the prostata; rapid growth following injury. Brit. med. Journ. Nr. 3029.

Praetorius, G., Zur Technik der medianen Prostatektomie. Münchn. med. Woch. Nr. 10. S. 272.

Thellung, F., Mortalität und Resultate der Nephrektomie. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 13. S. 396.

Thomsen, H., Zur Behandlung der Spondylitis durch Tibiaspanimplantation nach Albu. Bruns Beitr. Bd. 115. H. 1. S. 199.

Werner, P., Zur Behandlung der Insuffizienz des Blasenschließmuskels mit Fettinjektionen. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 4. S. 65.

Zondek, Nephrektomie und Behandlung der erkrankten andern Niere. D. med. Woch. Nr. 6. S. 153.

6. *Extremitäten.*

Alexander, C. Beresford, The prevention of posterior bowing in compound fracture of the femur. Brit. med. Journ. Nr. 3033.

Axhausen, G., Zur operativen Behandlung von Klumphand und Knickfuß bei bestehendem Knochendefekt (Radius- resp. Fibuladefekt). Arch. f. klin. Chir. Bd. 111. H. 2. S. 621.

Bähr, F., Die Nachbehandlung der Oberschenkelbrüche. D. med. Woch. Nr. 9. S. 239.

Brandes, Zur Amputatio metatarsea. Bruns Beitr. Bd. 115. H. 1. S. 250.

Clasen, F. E., Varicen-Ulcus cruris und ihre Behandlung, ein Sonderfach für den praktischen Arzt. Berlin 1918. Urban & Schwarzenberg. 112 S. 2.50 Mk.

Desmarest, E., G. Caldéron et M. Canas, Traitement des fractures sous-trochantériennes du fémur par l'extension continue avec obduction bilatérale. Presse méd. Nr. 22. S. 201.

Dubs, J., Über die traumatische Fettgewebswucherung im Kniegelenk („Hoffersche Krankheit"). Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 10. S. 289.

Hacker, V. v., Nagelimitation bei der Daumen- bzw. Fingerplastik. Zentralbl. f. Chir. Nr. 4. S. 65.

Hartwich, A., Zur orthopädischen Versorgung der Deformitäten nach Schußfrakturen der unteren Extremität. Wien. med. Woch. Nr. 4. S. 198.

Hauser, R., Gangrän eines Beines nach Trauma vor 29 Jahren. Mitteilg. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 31. Nr. 3. S. 195.

Hohmann, G., Zur Sehnervverpflanzung bei Radialislähmung. Zentralbl. f. Chir. Nr. 8. S. 147.

Horwitz, A., Zur Behandlung der Kanäle nach der Sauerbruchschen Stumpfoperation. Zentralbl. f. Chir. Nr. 14. S. 245.

Kappis, M., Die schnappende Schulter. Bruns Beitr. Bd. 115. H. 1. S. 235.

Kotzenberg, W., Eine neue Prothese mit direktem Muskelanschluß ohne operative Veränderung des Stumpfes. Med. Klin. Nr. 8. S. 188.

Kroh, F., Die Eröffnung bzw. Drainage der hinteren Kniegelenkkapseltaschen vom inneren und äußeren Seitenschnitte aus. Zentralbl. f. Chir. Nr. 3. S. 40.

Kroh, F., Der einfachste Weg zur übersichtlichen Einstellung des schußverletzten Ellbogen- und Fußgelenks. Zentralbl. f. Chir. Nr. 7. S. 114.

Ledderhose, G., Bildung der Daumenspitze aus einem Mittelfingerstumpf. Zentralbl. f. Chir. Nr. 9. S. 161.

Lier, E. H. van, Over de zoogenaamde „tennisleg". Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 14. S. 1088.

Machol, Beitrag zur Daumenplastik. Bruns Beitr. Bd. 114. H. 2. S. 187.

Mauclaire, Les greffes osseuses pour réparer les pertes de substance diaphysaire dans les cas de plaies de guerre. Presse méd. Nr. 23. S. 213.

Métivet, G., Tumeurs par inculsions epidermiques traumatiques de la main et des doigts (kystes épidermiques; kystes épidermoïdes de la main). Presse méd. Nr. 21. S. 192.

Meyer, H., Die Behandlung der Oberschenkelfrakturen. Bruns Beitr. Bd. 114. H. 2. S. 189.

Moeltgen, M. H., Zur Nachbehandlung der Humerusluxation. Münchn. med. Woch. Nr. 13. S. 37.

Müller, W. R., Über Knochenstumpfdeckung bei Ober- und Unterschenkelamputation. Münchn. med. Woch. Nr. 11. S. 298.

Orth, O., Eine neue Schiene zur Oberschenkelfrakturbehandlung. Zentralbl. f. Chir. Nr. 4. S. 70.

Remmets, Th., Bildung eines tragfähigen Stumpfes bei hoher Oberschenkelamputation. Zentralbl. f. Chir. Nr. 8. S. 149.

Remmets, Th., Sohlenstreckverband bei Frakturen der unteren Extremität. Zentralbl. f. Chir. Nr. 4. S. 68.

Reschke, K., Zur operativen Behandlung dermatogener Beugekontrakturen an Hand und Fingern. Arch. f. klin. Chir. Bd. 111. H. 2. S. 589.

Sacken, W. v., Ein Beitrag zur Beurteilung der ausgedehnten Resektionen der Gelenke und Diaphysen, insbesondere der unteren Extremität nach Schußverletzung. Arch. f. klin. Chir. Bd. 111. H. 2. S. 538.

Salis, H. v., Zur Behandlung des Hallux valgus. Münchn. med. Woch. Nr. 8. S. 208.

Schuster, D., Exartikulation im Karpo-metakarpalgelenk und Ersatz der Hand durch eine neue Prothese. Münchn. med. Woch. Nr. 9. S. 246.

Sonntag, Über genuine diffuse Phlebektasie am Bein. Münchn. med. Woch. Nr. 6. S. 155.

Stiglbauer, R., Über Schußverletzungen des Kniegelenkes in den späteren Stadien. Wien. klin. Woch. Nr. 18. S. 482.

Stookey, B., Mechanical treatment of peripheral nerve injuries. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 27. Nr. 5. S. 510.

Vulpius, Die anerworbene Hüftverrenkung. Med. Klin. Nr. 8. S. 180.

Vulpius, O., Der statische Plattfuß. Med. Klin. Nr. 5. S. 108.

Vulpius, O., Die Heilung des angeborenen Klumpfußes. D. med. Woch. Nr. 8. S. 209.

Willems, Ch., et J. de Caestecker, La marche immédiate après l'extirpation des corps mobiles du genou. Arch. méd. Belges Bd. 71. Nr. 12.

10. Gynäkologie.

Amber Brown, G. van, Problems of ureteral surgery in gynecology. Amer. Journ. of Obst. Bd. 79. Nr. 493. S. 19.

Bakofen, Kriegserscheinungen in Gynäkologie und Geburtshilfe. D. med. Woch. Nr. 8. S. 212.

Dickinson, R. L., Analysis of the work uterologist. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 27. Nr. 5. S. 486.

Franz, R., Über den Einfluß der Grippe auf die weiblichen Geschlechtsorgane. Wien. med. Woch. Nr. 8. S. 400.

Greinert, E., Yohimbin zur Behandlung der Dysmenorrhoe. D. med. Woch. Nr. 10. S. 267.

Hartmann, H., et de Jong, Note à propos de trois cas de néoplasmes malins observés simultanément dans l'utérus et dans l'ovaire. Ann. de Gyn. et d'Obst. Bd. 43. H. 5. S. 281.

Heinemann, H., Ein Fall von durch Malaria bedingter Metritis und Perimetritis? Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. Bd. 23. H. 6. S. 111.

Ill, E. J., Accidental removal of intestines through the vaginal vault. Amer. Journ. of Obst. Bd. 79. Nr. 493. S. 29.

Jewett, W. A., A study of the effect of anterior wall and supension operations on the flow of the female bladder. Amer. Journ. of Obst. Bd. 79. H. 493. S. 94.

Judd, A. M., On the cure of prolapse of the uterus. Amer. Journ. of Obst. Bd. 79. Nr. 494. S. 217.

Keefe, J. W., Intestinal actinomycosis. Amer. Journ. of Obst. Bd. 79. Nr. 493. S. 13.

Koslowsky, Die Ursache der Kriegsamenorrhoe D. med. Woch. Nr. 12. S. 324.

Lindemann, G., Über Blutüberpflanzung in der Geburtshilfe und Gynäkologie. Münchn. med. Woch. Nr. 11. S. 285.

Morris, R. T., Operations for stigmata of decline. Amer. Journ. of Obst. Bd. 79. H. 493. S. 38.

Penkert, M., Leistenbruch mit eingeklemmter Nebentube. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 4. S. 67.

Pfaff, O. G., A case of interstitial tubal pregnancy. Amer. Journ. of Obst. Bd. 79. H. 493. S. 106.

Sanes, K. J., The vertigo of the menopause. Amer. Journ. of Obst. Bd. 79. H. 493. S. 7.

Schwarz, O. H., The pathology of chronic metritis and chronic subinvolution. Amer. Journ. of Obst. Bd. 79. H. 493. S. 63.

Siredey, A., Etude histologique d'un fibrome à développement rapide, myxome pur. Ann. de Gyn. et d'Obst. Bd. 43. H. 3. S. 166.

Solms, E., Die plastische Verwertung der Gebärmutterbänder. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 3. S. 49.

Thorell, M., Absence d'utérus. Ann. de Gyn. et d'Obst. Bd. 43. H. 5. S. 294.

Tilmont, A., Des relations du goitre enophtalmique avec l'insuffisance ovarienne. Presse méd. Nr. 18. S. 164.

Rankin, G., The climacteric of life. Brit. med. Journ. Nr. 3029.

Vos, H., Atresia hymenalis et vaginae. Dissertation in Groningen, Febr.

11. Geburtshilfe.

Ahlström, E., Über vorzeitige Lösung der normal sitzenden Plazenta. Nord. med. Ark. Bd. 51. H. 5. S. 423.

Beck, A. C., Observations on a series of cases of cesarean sections done at the Long Island College Hospital during the past six years. Amer. Journ. of Obst. Bd. 79. H. 494. S. 197.

Behav, R. J., Treatment of sepsis. Amer. Journ. of Obst. Bd. 79. H. 494. S. 262.

Bourne, A. W., Pelvic measurement in antenatal clinics. Brit. med. Journ. Nr. 3029.

Briggs, H., Placenta praevia. Brit. med. Journ. Nr. 3033.

Brooke Bland, P., Influenza in its relation to pregnancy and labor. Amer. Journ. of Obst. Bd. 79. H. 494. S. 184.

Brunner, K., Kaiserschnitt wegen Blutung aus Varizen der Vagina. — Zur Keimprophylaxis bei der Sectio caesarea transperitonealis. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 11. S. 321.

Cornell, E. L., Placental tissue as a galactogogue. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 27. H. 5. S. 535.

Davis, E. P., The spring of a Nation's life. Amer. Journ. of Obst. Bd. 79. H. 494. S. 177.

Farrar, L. K. P., The visitations of influenza and its influence upon gynecologie and obstetric conditions. Amer. Journ. of Obst. Bd. 79. Bd. 494. S. 229.

Frey-Bolli, Die Turgeszierung der Plazenta. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 16. S. 528.

Graebke, Lochiometra durch Stenose des äußeren Muttermundes. D. med. Woch. Nr. 17. S. 465.

Griffith, W. S. A., The teaching of obstetrics an gynaecology to medical students. A general survey of the subjects to be taught and of the methods of teaching them. Brit. med. Journ. Nr. 3032.

Herrgott, A., Un cas d'évolution spontanée. Ann. de Gyn. et d'Obst Bd. 43. H. 4. S. 193.

Kosmak, G. W., The occurrence of epidemic influenza in pregnancy. Amer. Journ. of Obst. Bd. 79. H. 494. S. 238.

Kraal, W. L., Neuritis gravidarum. Nederl. Maandschr. voor verlosk., vrouwenz. en kindergeneesk. Bd. 8. H. 2. S. 77.

Löffler, W., Über puerperale Kolisepsis. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 14. S. 444.

Mc Ilwraith, K. C., Thirty cases of caesarean section. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 27. H. 5. S. 495.

Mertz, A., Senföl in Bolus alba statt Senfwickel und Schmierseifeeinreibungen. D. med. Woch. Nr. 17. S. 466.

Nierstrasz, B., Pneumokokken-meningitis en graviditeit. Nederl. Maandschr. voor verlosk., vrouwenz. en kindergeneesk. Bd. 8. H. 2. S. 94.

Nijhoff, G. C., De behandeling der placenta praevia. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 10. S. 768.

Pfeiffer, W., A. comparative study of the mechanism of labor. Amer. Journ. of Obst. Bd. 79. H. 493. S. 99.

Quant, C. A. J., Behandeling van den schijndood van den pasgeborene door luchtinblazing van mond tot mond. Nederl. Maandschr. voor verlosk., vrouwenz. en kindergeneesk. Bd. 8. H. 1. S. 1.

Rinsema, P. G., Scheur van den fundus uteri. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 6. S. 458.

Schwarz, H., Painless childbirth and the safe conduct of labor. Amer. Journ. of Obst. Bd. 79. H. 493. S. 46.

Skeel, A. J., Recognition and management of labor injuries. Amer. Journ. of Obst. Bd. 79. H. 493. S. 1.

Smit, L., Verslag van vijfhonderd verlossingen op het platteland. Nederl. Maandschr. voor verlosk., vrouwenz. en kindergeneesk. Bd. 8. H. 1. S. 24.

Walich, V., Parallèle entre l'infection puerpérale et quelques infections chirurgicales. Presse méd. Nr. 18. S. 162.

Welz, U. E., Influenza complicating late pregnancy and labor. Amer. Journ. of Obst. Bd. 79. H. 494. S. 247.

12. Kinderkrankheiten.

Arnold, J. O., Report of an epidemic of vesicular dermatitis of the new-born. Amer. Journ. of Obst. Bd. 79. H. 494. S. 225.

Barbier, H., Réaction de *Bordet* chez les hérédosyphilitiques simplement atrophiques etc. Arch. de méd. des enfants Bd. 22. Nr. 4.

Birk, W., Leitfaden der Säuglingskrankheiten. Für Studierende und Ärzte. Bonn. A. Marcus & E. Webers Verlag. 269 S, m. 25 Abb. im Text. 3. umgearb. Aufl. Geh. 4 Mk., geb. 11 Mk.

Bondi, J., Das Gewicht des Neugeborenen und die Ernährung der Mutter. Wien. klin. Woch. Nr. 19. S. 502.

Brüning, H., Therapeutisches Vademekum für die Kinderpraxis. Stuttgart. Ferd. Enke. 2. vollkommen umgearb. Aufl. 69 S.

Carstens, J. H. G., Spasmus recti. Nederl. Maandschr. voor verlosk., vrouwenz. en kindergeneesk. Bd. 8. H. 3. S. 186.

Clodius, A., Zur Frage der Anämien des Kindesalters. Monatsschr. f. Kinderheilk. Bd. 15. Nr. 2. S. 111.

Crespin, J., et B. Saracino, La fièvre typhoïde chez les nourrissons. Arch. de méd. des enfants Bd. 22. H. 4.

Eliasberg, H., Die Abhängigkeit des Tuberkuloseverlaufs beim Kinde von den Infektionsbedingungen, der hereditären Belastung und der Lokalisation der Tuberkulose. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 89. H. 2. S. 77.

Fröschels, E., Über kindliche Sprachstörungen. Wien. med. Woch. Nr. 4. S. 206.

Gorter, E., Een geval van maaginsufficiëntie door stenose van het duodenum. Nederl. Maandschr. voor verlosk. Bd. 8. Nr. 2. S. 121.

Haverschmidt, J., Een geval van diabetes bij een jongetje van ruim drie en een half jaar oud. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 8. S. 643.

Haverschmidt, J., Bijdrage tot het kolkvraagstuk. Nederl. Maandschr. voor verlosk., vrouwenz. en kindergeneesk. Bd. 8. H. 2. S. 106.

Hellwig, Der Schutz der Jugend vor erziehungswidrigen Einflüssen. Zeitschr. f. Kinderforschg. H. 2 u. 3. S. 157.

Hirsch, A., und P. Schneider, Dünndarmgeschwüre als Erscheinungsform der Spasmophilie. Monatsschr. f. Kinderheilk. Bd. 15. Nr. 3. S. 181. 1918.

Hotzen, A., Klinische und bakteriologische Beobachtungen über Ruhr im Kindesalter. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 39. H. 2. S. 114.

Kaupe, W., Hautverfärbung bei Säuglingen und Kleinkindern infolge der Nahrung. Münchn. med. Woch. Nr. 12. S. 330.

Kleinschmidt, H., Therapeutisches Vademekum für die Kinderpraxis. Berlin. S. Karger. 196 S. 7.40 Mk.

Klose, E., Hautverfärbung bei Säuglingen und Kleinkindern infolge der Nahrung. Münchn. med. Woch. Nr. 15. S. 419.

Koeppe, H., Über die Perkussion des Schädels bei Kindern und ihre diagnostische Verwertung. D. med. Woch. Nr. 6. S. 152.

Kotzareff, L'alimentation par la sonde de Nélaton chez les nourrissons atteints d'affectious naso-bucco-pharyngiennes. Revue méd. de la Suisse rom. Nr. 4. S. 174.

Laing, G. D., A criticism of some modern methods of infant feeding. Brit. med. Journ. Nr. 3032.

Ochsenius, K., Zur Behandlung der Lymphadenitis acuta im Kindesalter. Münchn. med. Woch. Nr. 13. S. 356.

Roeder, Fr., Über die Anwendung von Schlafmitteln in der Kinderheilkunde mit besonderer Berücksichtigung des Nirvanols. Ther. Monatsh. H. 2. S. 54.

Romme, M., Recherches expérimentales sur l'étiologie des oreillons. Presse méd. Nr. 8. S. 72.

Schippers, J. C., Over tijdelijke in tolerantie voor koemelk bij zuigelingen. Nederl. Maandschr. voor verlosk., vrouwenz. en kindergeneesk. Bd. 8. Nr. 3. S. 170.

Schüller, A., Über nervöse und psychische Störungen im Kindesalter. Wien. med. Woch. Nr. 5. S. 233.

Schultz, W., Der Wert der Stichreaktion von Escherich für die Diagnostik der Tuberkulose im Kindesalter. Zeitschr. f. Tub. Bd. 30. H. 2. S. 72.

Starp, J. A. van der, Een methode om bij kleine kinderen en zuigelingen ureum-bepalingen in het bloed te d'oen. Nederl. Maandschr. voor verlosk., vrouwenz. en kindergeneesk. Bd. 8. H. 4. S. 51.

Suter, Ad., Über Appendicites im Kindesalter. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 13. S. 411.

Türk, M., Zum Verhalten der weißen Blutkörperchen im Blutbilde des Scharlachs im Kleinkindesalter. Monatsschr. f. Kinderheilk. Bd. XV. Nr. 3. S. 156. 1918.

Vischer, A. L., Über Tentoriumrisse der Neugeborenen. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 8. S. 230.

Weiß, S., Die Vereinheitlichung der Säuglingsfürsorge in Wien und Niederösterreich. Wien. klin. Woch. Nr. 13. S. 341.

Wiegels, W., Über Nasendiphtherie bei Neugeborenen und Säuglingen. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 8. S. 145.

13. Psychiatrie (Psychologie).

Bolten, G. C., Droomtoestand na een poging tot ophanging. Medisch Weekblad Nr. 48. S. 753.

Bresler, Nachtrag zum Artikel: Zur Erklärung des Selbstmordes in Nr. 47/48. Jahrg. XX. S. 302 vom 1. März 1919. Psych.-neur. Woch. Nr. 51 u. 52. S. 332.

Bresler, J., Seelenkundliches. Psych.-neur. Woch. Nr. 1 u. 2. S. 7.

Fischer, M., Wahlrecht, Wahlfähigkeit und Wählbarkeit der Geisteskranken. Psych.-neur. Woch. Nr. 49 u. 50. S. 313.

Fröschels, E., Beeinflussung der Neurose durch die Seele des Kranken. Med. Klin. Nr. 11. S. 258.

Godefroy, J. C. L., Proefondervindelijke psychologische bij drage tot de kennis der remmingstoestanden. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 7. S. 559.

Hartenberg, P., Quelques nouveaux signes prémonitoires des paroxysmes épileptiques. Presse méd. Nr. 22. S. 205.

Heinicke, Einiges zur Frage der Kriegskrankheiten in Anstalten. Psych.-neur. Woch. Nr. 1 u. 2. S. 3.

Hoppe, A., Die Krankheit Wilhelm II. Psych.-neur. Woch. Nr. 1 u. 2. S. 5.

Ilberg, G., Geisteskrankheiten. 2. Aufl. (Aus Natur und Geisteswelt 151. Bändchen.) Leipzig 1918. B. G. Teubner. 130 S. 1 Mk. 50 Pf.

Mc Carrison, R., The pathogenesis of deficiency disease. Brit. med. Journ. Nr. 3033.

Nagy, Zur Heilwirkung der Strahlenbehandlung bei Epilepsie. D. med. Woch. Nr. 11. S. 297.

Page, M., et E. Gauckler, Les asthéniques de la guerre. Presse méd. Nr. 15. S. 134.

Papst, Dementia praecox und Krieg. Psych.-neur. Woch. 1918/19. Nr. 51 u. 52. S. 323.

Pilcz, A., Über absichtlich hervorgerufene Geistesstörungen. Wien. med. Woch. Nr. 7. S. 340.

Pilcz, A., Über Geistesstörungen bei Kriegsgefangenen. Psych.-neur. Woch. Nr. 49 u. 50. S. 309.

Rähmi, L., Die Dauer der Anstaltsbehandlung der Schizophrenen. Psych.-neur. Woch. Nr. 45 u. 46. S. 283; Nr. 47 u. 48. S. 295.

Stransky, E., Behandlungs- und Beratungsstellen für Psychisch-Nervöse. Wien. med. Woch. Nr. 9. S. 435.

Tesdorpf, P., Die Krankheit Wilhelms II. München. J. F. Lehmann. 34 S. 1 Mk.

Weichbrodt, R., Weitere therapeutische Versuche bei Paralyse. D. med. Woch. Nr. 13. S. 357.

14. Augenheilkunde.

Bayer, G., und F. v. Herrenschwand, Über die durch Bakterien aus der Gruppe des Bacillus pseudotuberculosis rodentium hervorgerufene Bindehautentzündung (Parinaudsche Konjunktivitis). Arch. f. Ophthalm. Bd. 98. H. 3 u. 4. S. 342.

Berg, F., Beitrag zur pathologischen Anatomie der Retinitis exsudativa. Arch. f. Ophthalm. Bd. 98. H. 3 u. 4. S. 211.

Birch-Hirschfeld, Zur Entstehung und Behandlung der Netzhautabhebung. D. med. Woch. Nr. 6. S. 148.

Blatt, N., Schutzfenster bei Massenbehandlung von Trachom. Wien. klin. Woch. Nr. 12. S. 313.

Cantonnet, A., L'examen de l'appareil visuel chez les candidats aviateurs. Presse méd. Nr. 9. S. 78.

Doesschate, G. ten, De intra oculaire druk bij zona opthalmica. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 15. S. 1230.

Dubois, H. F., De behandeling van ulcus cum hypopyo met optochine. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 15. S. 1219.

Dubois, H. F., Een geval van „Spätinfektion" bij trepanatio sclerae. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 15. S. 1234.

Giese, K., und A. Brückner, Blutbild und Augenerkrankungen. Arch. f. Ophthalm. Bd. 98. H. 3 u. 4. S. 279.

Groenouw, Über Umstülpung und Faltung der Regenbogenhaut nach Verletzungen. Arch. f. Opthalm. Bd. 98. H. 3 u. 4. S. 252.

van der Have, J., Die Bedeutung des Gesichtsfeldes für die Kenntnis des Verlaufs und der Endigung der Sehnervenfasern in der Netzhaut. Arch. f. Ophthalm. Bd. 98. H. 3 u. 4. S. 243.

Klauber, E., Der Magnet in seiner Verwendung zur Erkennung und Entfernung intraokularer Eisensplitter. Med. Klin. Nr. 14. S. 336.

Leriche, R., Traitement de la lagophthalmie permanente dans la paralysie faciale définitive par la section du sympathique cervical. Presse méd. Nr. 22. S. 205.

Morax, V., Opération du ptosis par suppléance du droit supérieur chez deux blessés ayant subi l'amputation du globe. Ann. d'oculistique Bd. 156. Nr. 2.

Müller, L., Erfolgreiche Hornhautplastik bei adhärentem Hornhautleukom. Wien. klin. Woch. Nr. 10. S. 250.

Nonne, M., Isolierte reflektorische Pupillenstarre bei einem gesunden Erwachsenen als Ausdruck einer Lues congenita. Neur. Zentralbl. Nr. 1. S. 2.

Oesterreicher, L., Ein Fall von subretinalem Zystizerkus. Med. Klin. Nr. 15. S. 360.

Oloff, H., Beiträge zur Prüfung angeborener Farbensinnstörungen. Med. Klin. Nr. 10. S. 233.

Saenger, A., Ein Fall von dauernder zerebraler Erblindung nach Hinterhauptverletzung. Neur. Zentralbl. Nr. 7. S. 210.

Salzmann, M., Die Lochbildung im gelben Fleck der Netzhaut als Kriegsverletzung. Wien. med. Woch. Nr. 6. S. 281.

Trantas, L'ophthalmoscopie de l'angle iridocornéen (gonioscopie). Arch. d'ophthalm. H. 9 u. 10. S. 257.

Weve, H., Onderzoek der pupilreaktie in complementair licht en de theorie van *Behr*. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 15. S. 1227.

Wodak, E., Über die Verwendbarkeit des durch die Baranysche Lärmtrommel erzeugten Lidschlages zur Diagnose der Simulation. Wien. med. Woch. Nr. 7. S. 347.

Wolff, L. K., Over het wezen en de behandeling van scrofuleuze oogontstekingen. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 15. S. 1168.

15. Krankheiten der Nase, des Ohres, Kehlkopfes und Rachens.

Affolter, A., Die temporäre Resektion der Nasenscheidewand bei intranasalen Tränensackoperationen (intranasale Tränensackexstirpation). Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte. Nr. 4. S. 115.

Beck, O., Entfernung einer Schrapnellfüllkugel aus dem inneren Gehörgange. Wien. med. Woch. Nr. 6. S. 289.

Brunner, H., Bemerkungen zum zentralen Mechanismus des vestibulären Nystagmus. Monatsschr. f. Ohrenheilk. H. 1. S. 1.

Caboche, H., Réfection de l'auvent nasal chez les mutilés de guerre. Septotomie et lambeaux jugaux. Presse méd. Nr. 4. S. 29.

Capelle, Ersatzplastiken an Kehlkopf-Luftröhrendefekten und einiges zur freien Gewebsverpflanzung. Bruns Beitr. Bd. 114. H. 2. S. 153.

Döblin, A., Nasenblutungen bei der Influenza. Med. Klin. Nr. 6. S. 146.

Eskuchen, K., Die aktive Immunisierung gegen Heufieber. D. med. Woch. Nr. 7. S. 183; Nr. 12. S. 328.

Farner, Über Grippe-Otitis im Verlauf der Epidemie 1918. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte. Nr. 12. S. 365.

Fischer, J., Beitrag zu den artefiziellen Erkrankungen des Gehörorganes. Klin.-ther. Woch. Nr. 7 u. 8. S. 64; Nr. 9 u. 10. S. 80.

Gassul, R., Zur Behandlung der genuinen Ozäna mit Eukupin. D. med. Woch. Nr. 11. S. 297.

Giorgacopulo, D., Seltene Formen schwerster Halsentzündung mit tödlichem Ausgang. D. med. Woch. Nr. 10. S. 264.

Glas, E., Über Kehlkopferkrankungen bei Influenza. Wien. med. Woch. Nr. 8. S. 390.

Gütt, A., Die einfachen und kombinierten Lähmungen des Nervus recurrens. Zeitschr. f. Laryng. Bd. 8. H. 6. S. 511.

Henkes, J. C., Latente ontsteking der zeefbeencellen, made in verband met reflexneurosen. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. I. Hälfte Nr. 15. S. 1177.

Hoffmann, R., Die Abteilung für Ohren-, Nasen- und Halskranke des Stadtkrankenhauses Johannstadt zu Dresden. Zeitschr. f. Laryng. Bd. 8. H. 6. S. 546.

Imhofer, R., Die trockene Trommelfellperforation in militärärztlicher, forensischer und versicherungsärztlicher Hinsicht. Zeitschr. f. Laryng. Bd. 8. H. 6. S. 579.

Kayser, R., Anleitung zur Diagnose und Therapie der Kehlkopf-, Nasen- und Ohrenkrankheiten. 9. u. 10. Aufl. Berlin. S. Karger. 234 S. mit 137 Abb. Brosch. 7 Mk. 60 Pf., geb. 10 Mk.

Killian, G., Die Therapie der lakunären Gaumenmandelentzündungen und ihrer Folgezustände. Ther. d. Gegenw. Nr. 2. S. 41.

Levinger, Peritonsillitis und Peritonsillarabszeß. Erfahrungen bei 80 Operationen nach meiner Methode. Münchn. med. Woch. Nr. 12. S. 323.

Mühsam, R., Über das Ablaufen des Speichels durch die Nase. D. med. Wien. Nr. 16. S. 436.

Onodie, A., Ergebnisse der Abteilung für Hör-, Sprach-, Stimmstörungen und Tracheotomierte vom Kriegsschauplatze, mit einem rhino-laryngologischen Anhang. Monatsschr. f. Ohrenheilk. H. 11 u. 12. S. 564.

Pachner, E., Über die Sonnenlichtbehandlung der Kehlkopftuberuklose. Münchn. med. Woch. Nr. 9. S. 239.

Pfalz, A., Zur Phonetik verklungener Sprachen. Wien. med. Woch. Nr. 5. S. 254.

Réthi, L., Zur Ozänafrage. Wien. med. Woch. Nr. 10. S. 490.

Réthi, L., Experimentelle Untersuchungen über die Stimmregister. Wien. med. Woch. Nr. 6. S. 300.

Schirmer, Über Geruchsstörungen nach Katarrhen der Nasenhöhle. (Zum gleichnamigen Artikel von *F. B. Hofmann* in Nr. 49, 1918 dieser Wochenschr.) Münchn. med. Woch. Nr. 8. S. 214.

Schulz, E., Eine verbesserte Methode der Sorgoschen Behandlung der Kehlkopftuberkulose mit Sonnenlicht oder künstlichem Licht. D. med. Woch. Nr. 11. S. 290.

Seifert, O., Laryngo-rhinologische Erfahrungen aus dem Kriege. Zeitschr. f. Laryng. Bd. 8. H. 6. S. 611.

Steiner, R., Die Tonsillektomie und ihre Bedeutung für die Behandlung von Allgemeinerkrankungen. Monatsschr. f. Ohrenheilk. H. 11 u. 12. S. 545.

Theimer, K., Meine Erfahrungen über die graphische Darstellung der Schwankungen bei Gleichgewichtsstörungen in besonderer Beziehung auf die Vestibularerkrankungen. Monatsschr. f. Ohrenheilk. 1918. H. 11 u. 12. S. 581.

Tiefenthal, G., Ein Fall von Fremdkörper im linken Unterlappenbronchus. Beitrag zur Tracheo-Bronchoskopie. D. med. Woch. Nr. 15. S. 405.

Uffenorde, W., Die Behandlung der Fälle von Kehlkopf-Luftröhrenverengerung mit erschwerter Entfernung der Kanüle. D. med. Woch. Nr. 17. S. 460.

Wodak, E., Über die Verwendbarkeit des durch die Baranysche Lärmtrommel erzeugten Lidreflexes zur Diagnose der Simulation. Monatsschr. f. Ohrenheilk. H. 1. S. 23.

Wotzilka, G., Ein Beitrag zur Klinik der kongenitalen Bildungsanomalien des Gehörorgans. Monatsschr. f. Ohrenheilk. 1918. H. 11 u. 12. S. 588.

16. Haut- und venerische Krankheiten.

1. *Hautkrankheiten.*

Brocx, D., Olieschurft. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 17. S. 1488.

Carol, W. L. L., Een geval van cocco-bacillaire huidbesmetting met gangraen. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 11. S. 835.

Damany, P. le, Le pityriasis rosé de *Gibert* est une tuberculide. Presse méd. Nr. 14. S. 121.

Deussing, R., Rötelnähnliche exanthematische Erkrankungen und ihr Blutbild. D. med. Woch. Nr. 15. S. 405.

Fischl, F., Beitrag zum Kapitel: „Künstlich erzeugte Entzündungen und Geschwüre der Haut". Med. Klin. Nr. 9. S. 208.

Hecht, H., Die Leukozytenformel verschiedener Hautefflorcszenzen. Arch. f. Derm. u. Syph. Bd. 125. H. 3. S. 321.

Hesser, S., Ein Beitrag zur Kenntnis der Hautveränderungen bei Lymphogranulomatosis cutis. Nord. med. Ark. Abt. 2. Bd. 51. H. 3. S. 253.

Hoffmann, C. A., Die Behandlung der Bartflechte durch perkutane Vuzininjektionen. D. med. Woch. Nr. 15. S. 412.

Hoffmann, E., Die Behandlung der Haut- und Geschlechtskrankheiten. 2. vermehrte Auflage. Bonn. A. Marcus & E. Webers Verlag. 149 S. Geh. 5 Mk. 60 Pf., geb. 7 Mk. 20 Pf.

Joseph, M., Urologie, Haut- und Geschlechtsleiden. Jahresk. f. ärztl. Fortbild. H. 4. S. 18.

Kall, K., Beitrag zur Behandlung der Pilzflechten der Haut. Münchn. med. Woch. Nr. 12. S. 321.

Kurtzahn, Behandlung großer Furunkel oder Karbunkel mit Hautlappenschnitt. D. med. Woch. Nr. 15. S. 409.

Lévy, F., Traitement de la gale par le pétrole. Presse méd. Nr. 22. S. 206.

Levy-Franckel, Kératodermie blennorrhagique. Ann. des Mal. vénér. Bd. 13. Nr. 7. S. 385.

Löwenfeld, W., und E. Pulay, Zur Frage der spezifischen und unspezifischen Therapie der Trichophytie. Wien. klin. Woch. Nr. 19. S. 418.

Merian, L., Haar- und Nagelveränderungen nach Grippe. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 6. S. 139.

Merz, H., Fortschritte in der Behandlung der Seborrhoea capillitii. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 9. S. 260.

Nobl, G., Zur Kenntnis solarer Lichtschädigungen der Haut. Wien. med. Woch. Nr. 8. S. 381.

Perrin, L., et G. Brac, Lèpre indigène. Presse méd. Nr. 9. S. 77.

Pöhlmann, A., Über Diagnose, Verbreitung und Behandlung der Bartflechte. Med. Klin. Nr. 6. S. 136.

Pulay, E., Die sich aus dem Einfluß der endokrinen Drüsen ergebenden therapeutischen Gesichtspunkte bei Erkrankungen der Haut. Therap. Monatsh. H. 4. S. 125.

Pürckhauer, Zur Behandlung geschwüriger Prozesse der Haut mit Kohlensäurewundpulver und zur Furunkelbehandlung mit Ichthyol. Münchn. med. Woch. Nr. 12. S. 323.

Riecke, E., Kriegsdermatologie. D. med. Woch. Nr. 12. S. 313.

Schweisheimer, W., Die Bartflechte als Kriegsseuche. Kosmos H. 2. S. 45.

Soresi, A. L., Le traitement rapide, sans douleur et sans incision, des furoncles, par l'injection d'acide phénique pur. Presse méd. Nr. 17. S. 154.

Söbben, Die Therapie der Hyperhidrosis. D. med. Woch. Nr. 6. S. 158.

2. *Venerische Krankheiten.*

Archdall-Reid and P. Hamilton Boyden, The treatment of venereal disease. Brit. med. Journ. Nr. 3032.

Bab, M., Über Condylomata acuminata am männlichen After. Klin.-therap. Woch. Nr. 13 u. 14. S. 112.

Barrett, J. W., Management of venereal diseases in Egypt during the war. Brit. med. Journ. Nr. 3031.

Blaschko, A., Kurze Anleitung zur Frühdiagnose und Frühbehandlung der Geschlechtskrankheiten. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Nr. 5. S. 121.

Bucura, Wiederholter Gonokokkennachweis bei einer Frau ohne Krankheitserscheinungen. Wien. klin. Woch. Nr. 17. S. 450.

Davis, J. E., Clinical, pathological and sociological observations upon ninety interned venereal patients. Amer. Journ. of Obst. Bd. 79. H. 493. S. 40.

Delbanco, E., Zum Silbersalvarsan und zur Biologie der Menschen und Kaninchensyphilis. D. med. Woch. Nr. 6. S. 150.

Emmerich, E., und O. Hallenberger, Sind Trypanosomiasis und Syphilis verwandte Krankheiten? Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. Bd. 23. Nr. 1.

Fogarty, J. P., Treatment of acute gonorrhoe; massage-pach method. Brit. med. Journ. Nr. 3035.

Gibson, R., Treatment of early syphilis. Brit. med. Journ. Nr. 3032.

Glingar, A., Gonorrhoea urethrae haemorrhagica. Med. Klin. Nr. 12. S. 285.

Hesse, M., Die Jarisch-Herxheimersche Reaktion. Wien. klin. Woch. Nr. 17. S. 439.

Hubert, G., Über die klinischen Grundlagen der latenten und okkulten Syphilis. Münchn. med. Woch. Nr. 13. S. 344.

Karo, W., Diagnose und Therapie der Gonorrhöe. Med. Klin. Nr. 13. S. 310.

Kirchner, M., Zur Salvarsanfrage. D. med. Woch. Nr. 11. S. 283.

Lévy-Bing, Gerbay et Dagnan-Bouveret, Les injections intrarachidiennes de néoarsenobenzol dans la syphilis nerveuse. Ann. des Mal. vénér. Bd. 13. Nr. 7. S. 401.

Lockhart, W. T., and J. R. Atkinson, Observations on administration of arsenic in syphilis. Brit. med. Journ. Nr. 3028.

Pinkus, F., Der Haarausfall nach Grippe. Med. Klin. Nr. 8. S. 179.

Pinkus, F., Über die Behandlung der Syphilis mit Salvarsan. Med. Klin. Nr. 15. S. 351.

Reschke, K., Zur Diagnose der Gelenksyphilis (Wassermannsche Reaktion aus dem Punktat syphilitischer Gelenke). Arch. f. klin. Chir. Bd. 111. H. 2. S. 597.

Saalfeld, E., Aus der Syphilispraxis. Med. Klin. Nr. 12. S. 284.

Sachs, H., Neue Wege zum Nachweis der Blutveränderung bei Syphilis. Umschau Nr. 5. S. 65.

Scherber, G., Mitteilung über die Therapie der Syphilis und die Anwendung des Quecksilberpräparates Novasurol. Wien. klin. Woch. Nr. 11. S. 281.

Schottmüller, Zur Behandlung der Spätlues, insbesondere der Aortitis luica. Med. Klin. Nr. 7. S. 157.

Stümpke, G., Diagnose und Therapie der Geschlechtskrankheiten im Kindesalter. Berlin. Hermann Meuser. 144 S. Brosch. 6 Mk.

Valk, J. W. van der, De klinische beteekenis van de afwijkingen in het lumbale vocht bij lijders van syphilis. Geneesk. Bladen Bd. 21. H. 1. S. 1.

17. Zahnheilkunde.

Euler, Salvarsan bei Alveolarpyorrhöe. Therap. Monatsh. H. 4. S. 133.

Feiler, E., Zahnärztliche Prophylaxe. Med. Klin. Nr. 13. S. 305.

Greve, H. Chr., Die Behandlung der Wurzelperforationen. Wien. Vierteljahrsschr. f. Zahnheilk. H. 1. S. 22.

Heß, W., Zur Frage der Wurzelramifikationen. Eine Erwiderung auf die Arbeit von Dr. *von Rottenbiller.* Wien. Vierteljahrsschr. f. Zahnheilk. H. 1. S. 44.

Kranz, P., Zur Pathogenese, Pathologie und Therapie der Alveolarpyorrhöe. D. Monatsschr. f. Zahnheilk. H. 4. S. 105.

Kraus, M., Erfahrungen mit Kautschukschienen bei Kieferverletzungen. Wien. Vierteljahrsschr. f. Zahnheilk. H. 1. S. 28.

Pichler, H., Doppelte Unterkieferresektion in einem Fall von hochgradiger Progenie. Wien. Vierteljahrsschr. f. Zahnheilk. H. 1. S. 1.

Rottenbiller, E. v., Zur Frage der Wurzelramifikationen. Entgegnung auf vorstehende Erwiderung des Prof. Dr. *W. Heß.* Wien. Vierteljahrsschr. f. Zahnheilk. H. 1. S. 48.

Schönwald, R., Antiformin als Anfrischungsmittel bei Gaumenplastik. D. Monatsschr. f. Zahnheilk. H. 4. S. 129.

Simon, P. W., Gnathostatik. Neue Wege der orthodontischen Diagnostik. D. Monatsschr. f. Zahnheilk. H. 2. S. 33.

Wetzel, G., Zur Retention abgebrochener Zahnwurzeln. D. Monatsschr. f. Zahnheilk. H. 4. S. 131.

18. Hygiene, Sanitätspolizei, Gewerbekrankheiten, Tropenhygiene.

Abel, Aufgaben und Wege der gesundheitlichen Fürsorge für die Jugend. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Nr. 4. S. 113.

Bachauer, Über Diphtheriebekämpfung in den Volksschulen Augsburgs. Münchn. med. Woch. Nr. 12. S. 326.

Bornträger, J., Sozialhygienische Gefährdungen. Zeitschr. f. Med.-Beamte Nr. 6 u. 7. S. 137.

Bouquet, H., L'alimentation en allemagne pendant la guerre. Presse méd. Nr. 17. Suppl. S. 189.

Braun, A. H., Die Bevölkerung einer bayrischen Mittelstadt (Passau) im Kriege. Klin.-therap. Woch. Nr. 3 u. 4. S. 22.

Burgerstein, L., Schuleinrichtungen. Entwicklung, Aufgaben, Erfolge. Wien. med. Woch. Nr. 2. S. 87; Nr. 3. S. 149.

Camerer, W., Zur Läusebekämpfung. Münchn. med. Woch. Nr. 6. S. 158.

Doerr, R., Die Bekämpfung der Malaria. Wien. med. Woch. Nr. 4. S. 188.

Friedinger, Die Unterbringung von Infektionskranken in den Wiener öffentlichen Fonds-Krankenanstalten. Wien. klin. Woch. Nr. 9. S. 229.

Gaehtgens, W., Über Krankheitsübertragung durch Gesunde. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Nr. 7. S. 185.

Gerken-Leitgebel, Vorschläge zur Neuordnung der Schankwirtschaften mit weiblicher Bedienung. Zeitschr. f. Bekämpf. d. Geschlechtskrankh. Bd. 18. H. 11. S. 296.

Gottstein, A., Erweiterung der Volksgesundheitspflege. D. med. Woch. Nr. 11. S. 299.

Groth, A., Bericht über die Ergebnisse der Schutzpockenimpfung im Königreich Bayern 1916. Münchn. med. Woch. Nr. 15. S. 419.

Grumme, Das Eiweiß als Nährstoff. Therap. Monatsh. H. 3. S. 81.

Gstettner, M., Hygienische Beratungsstellen. Wien. klin. Rundsch. Nr. 9 u. 10. S. 51.

Gstettner, M., Über Untersuchung der weiblichen Schuljugend. Wien. med. Woch. Nr. 2. S. 95; Nr. 3. S. 153.

Fischer, A., Sozialhygienische Zukunftsfragen. D. med. Woch. Nr. 17. S. 451.

Hirsch, C., Wohnungselend und Tuberkulose. Über den Einfluß der Wohnung auf die Verbreitung der Tuberkulose. Tübingen. H. Laupp'sche Buchhandlung. 31 S. 1 Mk. mit 30% Teuerungszuschlag.

Johannsson, J. E., Om Tysklands folknäring under kriget och för närvarande. Hygiea Bd. 81. H. 6. S. 258.

Kestner, O., Die Unterernährung unserer Großstadtbevölkerung. D. med. Woch. Nr. 9. S. 235.

Köhler, F., Über die Organisation der Krankenhausbehandlung der Tuberkulose: Die Zentraltuberkuloseanstalt. Zeitschr. f. ärztl. Fortb. Nr. 5. S. 132.

Lindenau, Vorschläge zur Neuordnung der Schankwirtschaften mit weiblicher Bedienung auf Grundlage der Novelle zur Gewerbeordnung. Zeitschr. f. Bekämpfung d. Geschlechtskrankh. Bd. 18. Nr. 11. S. 287.

Matthias, E., Die Notwendigkeit täglicher Rückengymnastik und ihre Lösung. Bern. A. Francke. 36 S. m. 16 Abb. 3 Mk.

May, R. E., Deutschlands Einfuhrbedarf an Nahrungsmitteln. D. med. Woch. Nr. 13. S. 337.

Niederstadt, Die Milchküchen der patriotischen Gesellschaft in Hamburg. Zentralbl. f. allg. Gesundheitspflege. H. 5 u. 6. S. 103.

Nobel, E., Ärztliche Erfahrungen über die große Erholungsaktion für Schulkinder im Sommer 1918. (Kaiser-Karl-Wohlfahrtswerk „Kinder aufs Land".) Wien. med. Woch. Nr. 2. S. 100; Nr. 3. S. 158.

Nobel, E., Über Impfungen, mit besonderer Berücksichtigung der Schutzimpfung gegen Blattern. Wien. klin. Rundsch. Nr. 7 u. 8. S. 40.

Oesterlin, E., Erfahrungen über den mechanischen Schutz gegen Malaria. Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. Nr. 3. S. 49.

Österlin, E., Erfahrungen in einem Malariaambulatorium in Durazzo. Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. Bd. 23. H. 4. S. 68.

Opitz, K., Gewerbeärztliche Jugendfürsorge im Rahmen eines Kreisgesundheitsamtes. Zeitschr. f. Med.-Beamte Nr. 6 u. 7. S. 143.

Raw, N., Public measures for the prevention of tuberculosis. Brit. med. Journ. Nr. 3030.

Rubner, M., Von der Blockade und ähnlichem. D. med. Woch. Nr. 15. S. 393.

Rühl, Kann die Volksernährung mit Brot verbessert werden? Umschau Nr. 12. S. 177.

Schmidt, P., Hygienische Aufgaben der Zukunft. D. med. Woch. Nr. 17. S. 449.

Schultzen, Die ärztlichen Aufgaben bei der Anwendung der gesundheitlichen Gefahren der Demobilisierung. Zeitschr. f. ärztl. Fortb. Nr. 5. S. 128.

Sick, Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit in Deutsch-Ostafrika. D. med. Woch. Nr. 6. S. 158.

Sikora, H., Zur Kopflaus-Kleiderlausfrage. Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. Bd. 23. H. 4. S. 65.

Spitzy, H., Orthopädie und Schule. Wien. klin. Woch. Nr. 11. S. 284.

Trüper, J., Die privaten Erziehungs- und Bildungsanstalten in ihrer Bedeutung für unser deutsches Volk. Zeitschr. f. Kinderforsch. H. 12 u. 1. S. 65.

Zuntz, Die Ernährungsverhältnisse Deutschlands nach dem Kriege. Zeitschr. f. ärztl. Fortb. Nr. 4. S. 104.

19. Soziale und gerichtliche Medizin, Unfall- und Versicherungskunde.

Aichelberg u. F. Hamburger, Die Betätigung der Säuglingsfürsorge bei der Ernährung der kleinen Kinder in Graz. Wien. klin. Woch. Nr. 14. S. 369.

Alexander, G., Über die Notwendigkeit der Errichtung von Schwerhörigenschulen und über die ärztliche Tätigkeit derselben. Wien. klin. Woch. Nr. 15. S. 400.

Audebert, Le travail des femmes et principalement des femmes enceintes dans les usines de guerre à Toulouse. Ann. de Gyn. et d'Obst. Bd. 43. H. 3. S. 147.

Axenfeld, Th., Ein Wort zur Reform des medizinischen Unterrichts. D. med. Woch. Nr. 17. S. 468.

Bähr, F., Ein weiterer Beitrag zur Störung der Geruchsempfindung verbunden mit Störung des Geschmackes. Monatsschr. f. Unfallheilk. Nr. 1. S. 17.

Benda, C., Reformbestrebungen der Privatdozenten. D. med. Woch. Nr. 8. S. 214; Nr. 9. S. 244.

Bergmeister, R., Über das Zusammenarbeiten des Schularztes mit dem Augenarzte. Wien. med. Woch. Nr. 11. S. 537.

Bertelsmann, R., Die Anpassung des Heilwesens an die neuen Verhältnisse. (Eine Entgegnung zu dem Aufsatz des Herrn Dr. *Franz Koebner:* „Die Verstaatlichung des Ärztebestandes", Münchn. med. Woch. 1919, Nr. 5.) Münchn. med. Woch. Nr. 12. S. 331.

Bittner, F., Ärztliche Zeugnisse. Wien. klin. Rundsch. Nr. 9 u. 10. S. 52.

Bornstein, K., Der Arzt als aktiver Politiker der Volkswohlfahrt. Zeitschr. f. ärztl. Fortb. Nr. 3. S. 76.

Boruttau, H., Die Verstaatlichung des ärztlichen Standes in historisch-kritischer Beleuchtung. Zeitschr. f. ärztl. Fortb. Nr. 6. S. 177.

Ebermayer, Rechtsfragen aus der ärztlichen Praxis. D. med. Woch. Nr. 13. S. 359; Nr. 15. S. 413.

Flesch, M., Die Anzeigepflicht der Ärzte und der Gesetzentwurf über die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Zeitschr. f. Bek. d. Geschlechtskrankh. Bd. 18. Nr. 11. S. 277.

Frickhinger, Eignet sich die Hebamme zur Säuglingsüberwachung? Zeitschr. f. Med.-Beamte Nr. 2. S. 27.

v. Grasz, Ergänzende Ausbildung der kriegsapprobierten Ärzte in Ungarn. Zeitschr. f. ärztl. Fortb. Nr. 7. S. 212.

Grotjahn, A., Das neue Heimstättenamt der Stadt Berlin. D. med. Woch. Nr. 15. S. 413.

Gsteiner, M., Über Schulärztekurse. Wien. med. Woch. Nr. 11. S. 541.

Güth, G., Neuordnung der Sittenpolizei. D. med. Woch. Nr. 12. S. 325.

v. Heßbrügge, Erkrankung der Vorsteherdrüse mit rechtsseitiger Hüftgelenksentzündung Unfallfolge? Monatsschr. f. Unfallheilk. Nr. 3. S. 56.

Herrgott, A., Du secret professionnel dans les avortements criminels Ann. de Gyn. et d'Obst. Bd. 43. H. 3. S. 141.

Heuyer, G., De la nécessité de l'examen psychiatrique des enfants anormaux à l'école. Presse méd. Nr. 19. Suppl. S. 217.

Hijmans, F., Classeering en reclasseering van arbeiders (Sociaal-geneeskundige studie en opwekking). Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 8. S. 577.

Hirsch, M., Staatskinder. Ein Vorschlag zur Bevölkerungspolitik im neuen Deutschland. Arch. f. Frauenk. u. Eug. Bd. 15. H. 3 u. 4. S. 181.

Irwin, S. T., Capacity for work in amputations of the lower extremity. Brit. med. Journ. Nr. 3034.

Kirchner, Ärztliche Aufgaben während und nach der Demobilmachung. Zeitschr. f. ärztl. Fortb. Nr. 3. S. 70.

Koelsch, 10 Jahre Landesgewerbearzt. Münch. med. Woch. Nr. 15. S. 408.

Koelsch, Erstrebtes und Erreichtes in der Arbeiterschutzgesetzgebung. D. med. Woch. Nr. 13. S. 347.

v. Kopetzky, O., Ein Vorschlag zur Ausgestaltung des amtsärztlichen Dienstes der Stadt Wien. Wien. klin. Woch. Nr. 8. S. 203.

Korteweg, J. A., Critische beschouwingen over de behandeling van de dijhalsbreuk volgens Dr. *W. Noordenbos*. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 7. S. 513.

Kühne, O., Über die ursächlichen Beziehungen zwischen progressiver Paralyse und Unfällen. Monatsschr. f. Unfallheilk. Nr. 3. S. 47; Nr. 4. S. 71.

Lange, F., Neue Wege zur Verbesserung des medizinischen Unterrichts. Münchn. med. Woch. Nr. 15. S. 421.

Langstein, L., und F. Rott, Die zukünftige Gestaltung der Säuglingsfürsorge. D. med. Woch. Nr. 17. S. 453.

Lenz, F., Zum Neuaufbau der medizinischen Vorbildung. Münchn. med. Woch. Nr. 6. S. 160.

Liniger, Über Amputationen und künstliche Glieder vom Standpunkte des Versicherungs-Arztes. Monatsschr. f. Unfallheilk. Nr. 1. S. 1.

Loo, C. J. van der, Eenige beschouwingen over het bepalen van den voedingstoestand van schoolkinderen. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 6. S. 447.

Marburg, O., Einige Probleme der Epileptiker-Fürsorge. Wien. klin. Woch. Nr. 1. S. 217.

Nassauer, M., Der moderne Kindermord und seine Bekämpfung durch Findelhäuser. Würzburg. Curt Kabitzsch. 72 S. Brosch. 3 Mk.

Nassauer, M., Die hohe Schule für Ärzte und Kranke. München. Otto Gmelin. 2. Aufl. 88 S. 3 M.

Olvier, E., Rapport de la commission chargée d'etudier la revision de la loi vaudoise du 12. Mai 1918 sur la police des constructions et des habitations. Revue méd. de la Suisse rom. Nr. 3. S. 97.

Patzelt, V., Zur Hochschulassistentenfrage. Wien. klin. Woch. Nr. 10. S. 259.

Pinard, A., De la protection maternelle et infantile pendant la quatrième année de guerre dans le camp retranché de Paris. Ann. de Gyn. et d'Obst. Bd. 43. H. 5. S. 257.

Prell, H., Die Gefahr der Malariaeinschleppung nach Deutschland. Umschau Nr. 5. S. 56.

Réthi, L., Bemerkungen zur Krankenhaus-Debatte in der Gesellschaft der Ärzte in Wien. Wien. med. Woch. Nr. 10. S. 557.

Réthi, L., Zum Artikel von *W. Falter:* Zur Reform des medizinischen Unterrichts. Wien. med. Woch. Nr. 4. S. 205.

Roßbach, J. R., Frühsenile Demenz als Unfallfolge. Med. Klin. Nr. 9. S. 215.

Scheu, Die Notwendigkeit einwandfreier Begutachtungen im Rentenfeststellungsverfahren bei den Berufsgenossenschaften. Monatsschr. f. Unfallheilk. Nr. 3. S. 60.

Schirmer, K. H., Die Reform des medizinischen Unterrichts und die Landpraxis. Wien. klin. Woch. Nr. 14. S. 370.

Schloffer, H., Zur Studienreform. Wien. klin. Woch. Nr. 18. S. 485.

Schmalz, W., Über die Einschleppung von Geschlechtskrankheiten und Malaria durch unsere aus Rußland heimkehrenden Gefangenen. D. med. Woch. Nr. 11. S. 297.

Schmittmann, Der Rheinische Verein für öffentliche Gesundheitspflege im Dienste der Bevölkerungspolitik. Zentralbl. f. allg. Gesundheitspflege H. 5 u. 6. S. 97.

Schüler, Hebamme und Säuglingsfürsorgerin. Zeitschr. f. Medizinal-Beamte Nr. 2. S. 25.

Schultze, F., Klinizisten und „Kliniker". Münchn. med. Woch. Nr. 11. S. 302.

Schuppe, F., Besteht eine rechtlich erzwingbare Pflicht zur Duldung der Blutnahme zwecks Anwendung der Wassermannschen Serodiagnostik? D. Strafrechtsztg. H. 3 u. 4. S. 109.

Schuyten, M. C., De voedingscoëfficient van de Antwerpsche scholieren. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 6. S. 457.

Stern, E., Die Bedeutung der Berufspsychologie für das ärztliche Handeln. Therap. Monatsh. Nr. 3. S. 101.

Teleky, L., Zur Reform des medizinischen Studiums in Wien. Wien. klin. Woch. Nr. 19. S. 504.

Triepel, H., Die Zuständigkeit des Reichs und der Einzelstaaten auf dem Gebiete des Gesundheitswesens. Zeitschr. f. ärztl. Fortb. Nr. 7. S. 208.

Viannay, Ch., La stupeur artérielle traumatique. Presse méd. Nr. 12. S. 106.

Vollmann, Die Bedeutung der Ausdehnung der Krankenversicherungspflicht und -berechtigung. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Nr. 4. S. 111.

Waldschmidt, J., Das Wohlfahrtsamt. Ther. d. Gegenw. H. 4. S. 136.

Wiebel, K., Der Leipziger Generalstreik der Arbeiter und die Ärzte. D. med. Woch. Nr. 13. S. 360.

Zappert, J., Die Einführung von Schulärzten an unseren Mittelschulen. Wien. med. Woch. Nr. 2. S. 92.

Ziegeweidt, C. F. Th. von, Is ondervoeding bij de schoolgnande kinderen omtetoonen? Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 6. S. 455.

Ziegler, H., Über einige Unfälle durch Starkstromeinwirkung. Monatsschr. f. Unfallheilk. Nr. 1. S. 9.

20. Militärärztliche Wissenschaft.

Arneth, Beobachtungen im Feldlazarett bei 100 frischen Brust-Lungenschüssen. Ther. d. Gegenw. Nr. 2. S. 48.

Arneth, Über Grippebeobachtungen im Felde. Med. Klin. Nr. 7. S. 166.

Arzt, L., Über die Verbreitung der Malaria bei einzelnen Truppenkörpern in Südmazedonien. Wien. klin. Woch. Nr. 16. S. 427.

Bettmann, Über artefizielle Hautveränderungen bei Soldaten. D. med. Woch. Nr. 10. S. 260; Nr. 11. S. 294.

Böhne, A., Bemerkungen über das Vorkommen der Anazidität im Felde. Med. Klin. Nr. 5. S. 113.

Brun, H. Veraguth, O., und H. Hößly, Zur Diagnose und Behandlung der Spätfolgen von Kriegsverletzungen. I. Lieferung, I. Teil. (Über das Wesen und die Behandlung der Pseudarthrosen, zugleich ein Beitrag zur Lehre von der Regeneration und Transplantation von Knochen, von Dr. *Hans Brun*, Luzern.) Zürich 1918. Rascher & Cie. Verlag. 82 S. mit 127 Abb. 8 Mk.

Carles, J., Les entérites chroniques de guerre. Presse med. Nr. 8. S. 67.

Citron, H., Über die ärztliche Versorgung nierenkranker Soldaten auf der Nierenstation eines Reservelazaretts. D. med. Woch. Nr. 11. S. 287.

Cornivley, Ch., Les formes de tétanos observées pendant la guerre 1914—1918. Rev. méd. de la Suisse rom. Nr. 4. S. 158.

Dumas, R., et L. Maurizot. Technique des laminectomies rachidiennes dans les traumatismes de guerre. Presse méd. Nr. 13. S. 114.

Eggers, H., Die Grenzen der chirurgischen Tätigkeit auf dem Hauptverbandplatz im Stellungskriege. Bruns Beitr. Bd. 114. H. 2. S. 271.

Fuchs, D., Praktische Hygiene und Bekämpfung der Infektionskrankheiten im Felde. Wien 1918. Wilhelm Braumüller. 223 S. mit 29 Skizzen u. Abb. 9 Mk. 60 Pf.

Galtier-Boissière, Larousse médical de guerre illustré. Libraire Larousse, 336 S. 497 Abb., 57 Tafeln. 20 Frs.

Goodman, M. Ch., Suture of blood-vessel inpries from projectiles of war. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 27. H. 5. S. 528.

Herhold, Die Bluttransfusion im Kriege. Münchn. med. Woch. Nr. 11. S. 288.

Herzfeld, E., Grippebeobachtungen im Felde (während der Juliepidemie). Klin.-ther. Woch. Nr. 9 u. 10. S. 78.

Julien, L., et De Lareinty-Tholozan, Essai de traitement des plaies de guerre par autovaccins (avec 2 tracés). Presse méd. Nr. 7. S. 60.

Kahanke, M., Kriegsneurosen. Wien. med. Woch. Nr. 7. S. 345.

Kapplus, J. P., Organische, nichttraumatische Nervenkrankheiten bei Kriegsteilnehmern. Wien. med. Woch Nr. 3. S. 137.

Korbsch, R., Über Skorbut im Felde. D. med. Woch. Nr. 7. S. 185.

Knoll, W., Gewehrnahschüsse mit Wirkung am Gewehr. Bruns Beitr. Bd. 113. H. 5. S. 696.

Köhler, F., Die militärische Beurteilung und Behandlung der Lungentuberkulose. Würzb. Abh. Bd. 18. H. 5 u. 7. S. 109.

Kollert, V., Über die Entstehungsbedingungen der Feldnephritis. Wien. klin. Woch. Nr. 8. S. 191.

Levaditi, C., Vaccination antistreptococcique des plaies de guerre par le lipovaccin et le vaccin éthérosensibilisé. Presse méd. Nr. 6. S. 49.

Machol, Die Gelenkbindung, insbesondere die Arthrodese in der Kriegschirurgie. Bruns Beitr. Bd. 114. H. 2. S. 170.

Maclean, H., An investigation into the incidence of albuminuria and casts in British soldiers during training and the relationship of the condition to war nephritis. Brit. med. Journ. Nr. 3030.

Marwedel, G., Über die Infektionen von Schußwunden nach Beobachtungen von Verwundeten des belgisch-französischen Kriegsschauplatzes 1914 bis 1917. Bruns Beitr. Bd. 113. H. 5. S. 585. 1918.

Mendel, K., Kriegsbeobachtungen. Neur. Zentralbl. Nr. 1. S. 13.

Nobel, E., Die einjährige Tätigkeit des k. u. k. Mob.-Epidemiespitales Nr. 5, vom August 1916 bis August 1917. Wien. klin. Rundschau Nr. 14 u. 15. S. 75.

Pappenheim, Kriegsneurose und Psychogenie. Wien. klin. Woch. Nr. 14. S. 369.

Posner und Langer, Die chirurgische Versorgung frischer Granatverletzungen. Arch. f. klin. Chir. Bd. 111. H. 2. S. 607.

Regaud, Cl., Leçons de chirurgie de guerre. Masson et Cie., éd. Paris, vol., 395 S. 9 Frs.

Ries, Drei Fälle extragenitaler luetischer Infektion beim Heere. Münchn. med. Woch. Nr. 8. S. 212.

Roussy, G., J. Boisseau et M. d'Oelnitz, Traitement des psychonévroses de guerre. Collection bleu Horizon (Masson et Cie., éd., Paris. 1 vol. in -16. 4 Frs.

Schröder, P., Epilepsie im Kriege. Med. Klin. Nr. 10. S. 229.

Schroetter, H. v., Zur Psychologie und Pathologie des Feldfliegers. Wien. med. Woch. Nr. 12. S. 589.

Schütz, J., Über Arbeitsfähigkeit intern. Kriegsbeschädigter (speziell Nierenkranker). Wien. med. Woch. Nr. 10. S. 491.

Steinthal, C., Der Verlauf von Bauchverletzungen in den Feldlazaretten. Münchn. med. Woch. Nr. 7. S. 181.

Weiler, K., Ein Jahr Kriegsneurotikerbehandlung in J. bayr. A.-K. Münchn. med. Woch. Nr. 15. S. 401.

Wolf, W., Kritische Betrachtungen zur Frage der primären Versorgung der Kriegswunden. Zentalbl. f. Chir. Nr. 3. S. 37.

Zieler, K., Außergeschlechtliche syphilitische Ansteckung bei Heeresangehörigen und Dienstbeschädigung. Münchn. med. Woch. Nr. 15. S. 415.

21. Krankenpflege, Statistik usw.

Finger, E., Aus dem Tätigkeitsberichte des Geschäftsausschusses der österreichischen Ärztekammern und der Wiener als geschäftsführenden Ärztekammer während des Krieges 1914—18. Wien. klin. Rundsch. Nr. 11—13. S. 63.

22. Geschichte der Medizin, medizinische Geographie, Biographien.

Boruttau, H., *Emil du Bois-Reymond* als Physiologe und Historiker der Naturwissenschaften. Klin.-ther. Woch. Nr. 5 u. 6. S. 42.

Bowlby, A., The Hunterian oration on British military surgery in the time of *Hunter* and in the great war. Brit. med. Journ. Nr. 3034.

Brieger, W., Zur Geschichte der physikalischen Heilmethoden. Materialien chemischer Quellenschriften. Zeitschr. f. phys. u. diät. Ther. Bd. 23. H. 3. S. 109.

Calmette, A., Considérations sur l'état saintaire de la ville de Lille pendant l'occupation allemande. Presse méd. Nr. 6. S. 53.

Cohen, E., *Hermann Boerhave* und seine Bedeutung für die Chemie. Janus Bd. 23. H. 10—12. S. 223.

Eckstein, E., *Th. Spencer Wells Bart. R. C. S.* Geboren 3. Februar 1818, gestorben 3. Februar 1897. Ein Gedenkwort zu seinem hundertsten Geburtstage. Wien. med. Woch. Nr. 6. S. 305.

Elias, J. Ph., Het receptenboek van *Barent Horius.* Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 5. S. 408.

Fischer, Beiträge zur medizinischen Kulturgeschichte. IV. *Gottfried Eisemann.* Wien. klin. Woch. Nr. 12. S. 314.

Frey, Die Wiener Ärztekammer im Jahre 1917. Wien. klin. Rundsch. Nr. 14 u. 15. S. 76.

Gijsberti Hodenpijl, A. K. A., Een apothekers-instructie iut 1680. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 7. S. 535.

Grober, J., Das medizinische Semester der Deutschen Universität Dorpat 1918. Münchn. med. Woch. Nr. 8. S. 215.

Guisan, A., Les origines de la Sociétét vaudoise de Médecine. Rev. méd. de la Suisse rom. Nr. 4. S. 149.

Halban, J., *Friedrich Schauter:* Zentralbl. f. Gyn. Nr. 7. S. 129.

Helly, *Moritz Löwit †.* Zentralbl. f. allg. Path. u. path. Anat. Bd. 30. Nr. 4. S. 73.

Henschen, S. E., *Erik Wilhelm Nordenson.* Hygiea Bd. 81. H. 4. S. 161.

v. Hochenegg, J., Die Ausgestaltung unserer Kliniken und Wien als ärztliche Zentrale. Wien. med. Woch. Nr. 10. S. 477; Nr. 13. S. 629. med. Woch. Nr. 10. S. 477; Nr. 13. S. 629 u. Wien. klin. Rundsch. Nr 11—13. S. 64.

Hunger, F. W. T., *Boerhaave* comme naturaliste. Janus Bd. 23. H. 10—12. S. 347.

Keogh, A., The imperial college of science. Kensington: its history, organisation and achievements. Brit. med. Journ. Nr. 3035.

Köhler, S., Undersökningar över utspisningen vid ett större sjukhus i Sverige. Svenska läkarres, Handlingar Bd. H. 1. S. 1.

Kroon, J. E., *Boerhaave* as Professor-Promotor. Janus Bd. 23. H. 10—12. S. 291.

Külz, L., Kolonialärztliche Kulturarbeit. D. med. Woch. Nr. 16. S. 427.

Leersum, E. C. van, Een vrouwelijke collega (?) uit de zeventiende eeuw. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 10. S. 790.

Leersum, E. C. van, *Herman Boerhaave* (31. Déc. 1668—23. Sept. 1738). Janus Bd. 23. H. 10 bis 12. S. 193.

Leersum, E. C. van, Cours de *Boerhaave*, en particulier ses leçons cliniques. Janus Bd. 23. H. 10—12. S. 316.

Lint, J. G. de, Les portraits en gravure de *Boerhaave.* Janus Bd. 23. H. 10—12. S. 358.

Lurbasch, O., *Richard Wolfgang Simon.* Münchn. med. Woch. Nr. 11. S. 302.

Mamlock, G., Aus dem Preußischen Medizinalhaushalt. D. med. Woch. Nr. 17. S. 470.

Mamlock, *Leonardo da Vinci* als Anatom. Zu seinem 400jährigen Todestag (2. Mai). D. med. Woch. Nr. 17. S. 470.

Martin, W., Das Bildnis *Boerhaave's* von *Aert de Gelder.* Janus Bd. 23. H. 10—12. S. 366.

Moodie, R. L., Studies in Paleopathology. Pathological evidences of disease among ancient races of man and extinct animals. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 27. H. 5. S. 498.

Neuburger, M., *Boerhave's* Einfluß auf die Entwicklung der Medizin in Österreich. Janus Bd. 23. H. 10—12. S. 215.

Noorden, C. v., *Leo Mohr.* Zentralbl. f. innere Med. Nr. 4. S. 59.

Prinzing, Wie groß wird die Einwohnerzahl von Neu-Deutschland sein? D. med. Woch. Nr. 12. S. 324.

Schöne, G., Zur Technik und Klinik der direkten Bluttransfusion. Med. Klin. Nr. 15. S. 353.

Schwalbe, E., Professor Dr. *Bruno Wolf.* Zentralbl. f. allg. Path. u. path. Anat. Bd. XXX. Nr. 3. S. 57.

Sobotta, J., *Oskar Hertwig* zur Vollendung seines 70. Lebensjahres. D. med. Woch. Nr. 16. S. 437.

Steudel, Die Bedeutung der deutschen Tropenärzte für die Eingeborenen und für die Wissenschaft. D. med. Woch. Nr. 15. S. 395.

Tschermak, A. v., *Julius Bernsteins* Lebensarbeit. Pflügers Arch. Bd. 174. H. 1—3. S. 1.

Widal, F., Le professeur *Chantemesse.* Presse méd. Nr. 14. Suppl. S. 153.

Zeeman, W. P. C., *Boerhave* et l'oculistique. Janus Bd. 23. Nr. 10—12. S. 207.

23. Technik.

Abadie, Z., Instrumentation chirurgicale: une pince couplée pour les sutures nerveuses (greffes comprises). Presse méd. Nr. 23. Suppl. S. 289.

Assen, Jz. J. van, Kniescharnier met automatische remming. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 8. S. 585.

Bethe, A., und F. Franke, Beiträge zum Problem der willkürlich beweglichen Armprothesen. Münchn. med. Woch. Nr. 8. S. 201.

Brunn, W. v., Die Prothesenarbeiten im Reservelazarett Singen. D. med. Woch. Nr. 15. S. 411.

David, O., Röntgenologische Untersuchungen über Form und Verhalten des Dünndarmes bei direkter Füllung mit Kontrastmitteln. Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 31. H. 3. S. 209.

Detre, L., Über die Anwendung der Tusche in der Harnmikroskopie. Wien. klin. Woch. Nr. 12. S. 311.

Favarger, M., Ein modifizierter Murphyknopf. Münchn. med. Woch. Nr. 6. S. 160.

Federspiel, M. N., A new method for the relief of lateral tension in cleft-palate operation. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 27. H. 5. S. 532.

Fischer, Verbesserter mechanotherapeutischer Universalapparat. D. med. Woch. Nr. 11. S. 298.

Fuchsberger, Die Cramerschiene als Armabduktionsschiene. Münchn. med. Woch. Nr. 13. S. 358.

Guillain, G., La conférence interalliée des Médecins de l'Aéronautique, tenue à Rome du 15 au 20 Février 1919. Presse méd. Nr. 22. S. 203.

Heine, Zur Technik der intralumbalen Therapie. D. med. Woch. Nr. 8. S. 213.

Hinz, Ein neues Fläschchen zur sterilen Aufbewahrung von Medikamenten und ihrer direkten Entnahme mit der Rekordspritze. D. med. Woch. Nr. 16. S. 437.

Jacobsohn, P., Ein einfacher Hand-Vibrationsmassage-Apparat (Vibrostat). D. med. Woch. Nr. 16. S. 437.

Köhler, H., Zur Frage der Oberschenkelfrakturschiene. D. med. Woch. Nr. 6. S. 157.

Möllers, B., Die keimfreie Aufbewahrung von Blutimpfstoffen. D. med. Woch. Nr. 13. S. 351.

Moore, S. A., Myological principles: a new ulnar splint. Brit. med. Journ. Nr. 3028.

Rendu, R., Injections trachéales par la voie inter-crico-thyroïdienne. Presse méd. Nr. 19. S. 174.

Reusch, W., Die Bedeutung der richtigen Einstellung des Unterbrechers für den Tiefentherapiebetrieb. Münchn. med. Woch. Nr. 11. S. 297.

Romich, S., Kontraktur-Prothese. Münchn. med. Woch. Nr. 6. S. 158.

Royen, J. J. A. B. van, Iets over het geluidvraagstuk in ziekenhuizen in het algemeen en over de gerinschlooze kamer in het bijsonder. Het Ziekenhuis, Bd. 10. H. 1 u. 2. S. 17.

Sachs, E., Nichtentfettete Watte als Tamponadematerial. Münchn. med. Woch. Nr. 15. S. 417.

Salis, H. v., Ein neuer Fingerstreck-, Beuge- und Pendelapparat. Zentralbl. f. Chir. Nr. 10. S. 180.

Schall, Zur Eichungsfrage der Hämoglobinometer. Münchn. med. Woch. Nr. 8. S. 214.

Schmidt, A., Ein neues Verfahren zur Röntgenuntersuchung der Bauchorgane. D. med. Woch. Nr. 8. S. 201.

Seifert, E., Bluttransfusion. Würzb. Abh. Br. 18. H. 3 u. 4. S. 53.

Spieß, P., Raumbezeichnung von Röntgenaufnahmen. Münchn. med. Wohc. Nr. 8. S. 211.

Vogeler, K., Die Katgutkapsel, ein neuer Apparat zur Katgutersparung. Zentralbl. f. Chir. Nr. 11. S. 195.

Weiser, M., Medizinische Kinematographie. Dresden. Theodor Steinkopf. 154 S. m. 24 Abb. 5 Mk.

Wheeler, W. J., Some points about bone grafts. Brit. med. Journ. Nr. 3031.

Wolf, W., Zur Technik der Bluteinflößung. (Bluttransfusion und Blutinfusion.) Münchn. med. Woch. Nr. 11. S. 288.

24. Sexualwissenschaft.

Gerson, A., Die Scham, Beiträge zur Physiologie, zur Psychologie und zur Soziologie des Schamgefühls. (Abhandl. a. d. Geb. d. Sexualf. Bd. I. H. 5.) Bonn. A. Marcus & E. Webers Verlag. 68 S. Einzelpreis 4 Mk., Vorzugspreis 3 Mk.

Hanauer, W., Frauenerwerbsarbeit, Frauenhygiene und Krieg. Arch. f. Frauenk. u. Eug. Bd. IV. H. 3 u. 4. S. 227.

Hermanns, L., Auftreten von heterosexualen Merkmalen bei einem 38jährigen Mann. Münchn. med. Wbch. Nr. 6. S. 157.

Krische, P., Die Frau als Kamerad. Grundsätzliches zum Problem des Geschlechtes. Bonn. A. Marcus & E. Webers Verlag. 92 S. Geh. 3 Mk. 60 Pf., m. Teuerungszuschlag 4 M.

Lenz, F., *P. W. Siegels* Urlaubskinder und die Lösung des Geschlechtsproblems. Münchn. med. Woch. Nr. 7. S. 188.

Reichel, E., Frauendienstpflicht. Arch. f. Frauenk. u. Eug. Bd. IV. H. 3 u. 4. S. 237.

Rohleder, H., Monographien über die Zeugung beim Menschen. Bd. VI. Künstliche Zeugung und Anthropogenie (Menschwerdung). (Bastardierung von Mensch und Menschenaffe.) Leipzig 1918. G. Thieme. 243 S. Geh. 8 Mk., geb. 9 Mk. 80 Pf. mit 25% Teuerungszuschl.

Rohleder, H., Monographien über die Zeugung beim Menschen. Bd. I. Normale, pathologische und künstliche Zeugung beim Menschen. 2. verb. Aufl. Leipzig 1918. Georg Thieme. 317 S. 10 Mk. 50 Pf., geb. 12 Mk. mit 25% Teuerungszuschlag.

Schacht, F., Der Rassebegriff. Arch. f. Frauenk. u. Eug. Bd. IV. H. 3 u. 4. S. 219.

Schweisheimer, W., Die angebliche Mehrerzeugung von Knaben im Krieg. Umschau Nr. 11. S. 161.

Siegel, P. W., Die Freude am zu erwartenden Kinde. Ein Beitrag zur Psychologie der Schwangeren. Arch. f. Frauenk. u. Eug. Bd. IV. H. 3 u. 4. S. 187.

Sach-Register.

Namen-Register.

Für die Redaktion verantwortlich: Prof. Dr. C. Bachem in Bonn.
A. Marcus & E. Webers Verlag (Dr. jur. Albert Ahn) in Bonn. — Druck: Otto Wigand'sche Buchdruckerei G. m. b. H. in Leipzig.

Inhaltsverzeichnis.

B. Auszüge.

I. Augenheilkunde.

II. Haut- und Geschlechtskrankheiten.

---

755. *Stühmer.* Soll man bei fraglichen Geschwüren der Geschlechtsteile eine prophylaktische antiluetische Kur einleiten? S. 191.

756. *Reines.* Intravenöse Methylenblauinjektion bei der akuten Urethritis gonorrhoica posterior und Zystitis. S. 191.

761. *Hegar* u. *Möckel*. Darf man während einer Typhusepidemie die Schutzimpfung vornehmen?
762. *Kuhne*. Was bei einer Choleraepidemie zu tun ist. S. 192.
763. *Schmidt, Klostermann* u. *Scholka*. Weitere Versuche über Ausnutzung von Pilzeiweiß. S. 192.
764. *Kaiser*. Zur Sputumdesinfektion. S. 192.
765. *Baerthlein* u. *Seiffert*. Entlausung mit Tetrachlorkohlenstoffgas. S. 172.
766. *Neumann*. Untersuchungen über Treberbrot. S. 192.
767. *Klut*. Über die aggressiven Wässer und ihre Bedeutung für die Wasserhygiene. S. 192.

C. Bücherbesprechungen.

Hierzu eine Beilage von **C. F. Boehringer & Söhne, Fabrik chem. Produkte,** in **Mannheim-Waldhof,** betr. *MBK-Kalzium-Compretten.*

Für den Anzeigenteil verantwortlich: A. Marcus & E. Webers Verlag in Bonn.
Druck: Otto Wigand'sche Buchdruckerei G. m. b. H. in Leipzig.

A. Marcus & E. Webers Verlag (Dr. jur. Albert Ahn) in Bonn

Einfache mediko-mechanische Apparate

zur Selbstherstellung

für Lazarette, Krankenhäuser und Landpraxis

von Stabsarzt d. Res. **Dr. A. Faßbender**
z. Zt. Chefarzt des Res.-Lazarettes in Remagen

Mit 56 Abbildungen im Text und auf 1 Tafel

Preis Mark 1.50.

Bayr. Ärztl. Korresp.-Blatt 1917, Nr. 2: . . Das Schriftchen soll dazu dienen, zu zeigen, mit welch einfachen Mitteln mediko-mechanische Apparate, soweit sie für ein Reserve-Lazarett dringendes Bedürfnis sind, ohne erhebliche Kosten hergestellt werden können. Die interessante Schrift wird von jedem Arzt, der in einem kleineren Lazarett, Krankenhaus oder in der Landpraxis wirkt, mit Interesse gelesen werden, wird doch vom Verfasser in überzeugender Weise dargetan, daß es möglich ist, mit einfachen, leicht zu beschaffenden, billigen Mitteln die Frage der dringend notwendigen Mediko-Mechanik und Heilgymnastik in jedem Lazarett zu lösen.

□□□□□□□□□□□□□□□□

Württ. Med. Korresp.-Blatt, 1917, Nr. 6: . . . In gedrängter übersichtlicher Kürze wird in Wort und Bild eine reichhaltige Sammlung mediko-mechanischer Apparate vorgeführt, die für alle einschlägigen passiven und aktiven Übungen genügen. . . . Für Interessenten kann die Anschaffung des Büchleins warm empfohlen werden.

Das Rote Kreuz, 1917, Nr. 4: . . . Eine Fülle von gesunden Gedanken ist hier in einer Reihe von sehr guten Hilfsmitteln für die Nachbehandlung von Verletzungen umgesetzt worden. Jeder, der für solche Dinge Verständnis hat, wird sich darüber freuen, zu sehen, wie man mit denkbar einfachen und anspruchslosen Hilfsmitteln Vorkehrungen treffen kann, die komplizierte und sehr kostpielige Apparate vollkommen zu ersetzen imstande sind. . . .


UNIVERSITY OF MICHIGAN
3 9015 07400 7173

